



UC/EPCE—2014

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**O efeito moderador do género na relação entre as estratégias cognitivas de regulação emocional e a sintomatologia depressiva, numa amostra de adolescentes portugueses**

Ana Catarina Martins Duarte (e-mail: [annacat.md@gmail.com](mailto:annacat.md@gmail.com))

Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, área de Psicologia Clínica e da Saúde, subárea de especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e da Saúde, sob a orientação da Professora Doutora Ana Paula Soares de Matos

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação  
Universidade de Coimbra

**O efeito moderador do género na relação entre as estratégias  
cognitivas de regulação emocional e a sintomatologia depressiva,  
numa amostra de adolescentes**

Ana Catarina Martins Duarte  
(email: anncat.md@gmail.com)

Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, área de Psicologia Clínica e da  
Saúde, subárea de especialização em Intervenções Cognitivo Comportamentais nas  
Perturbações Psicológicas e da Saúde, sob a orientação da  
Professora Doutora Ana Paula Soares de Matos

2014

Esta Dissertação de Mestrado realizada no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, subárea de especialização em Intervenções Cognitivo Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e da Saúde, está inserida no âmbito do projeto "Prevenção da depressão em adolescentes Portugueses: estudo da eficácia de uma intervenção com adolescentes e pais (Ref. PTDC/MHC-PCL/4824/2012)", cofinanciado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER), através do Eixo I do Programa Operacional Fatores de Competitividade (POFC) do Quadro de Referência Estratégica Nacional (QREN), do Programa Operacional Fatores de Competitividade – COMPETE e por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

# FCT

Fundação para a Ciência e a Tecnologia

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR



## **O efeito moderador do género na relação entre as estratégias cognitivas de regulação emocional e a sintomatologia depressiva, numa amostra de adolescentes**

### **Resumo**

A depressão é uma das perturbações psicológicas mais prevalentes entre os adolescentes. As raparigas apresentam maior prevalência de sintomatologia depressiva do que os rapazes, sobretudo a partir dos 15 anos, altura em que tende a ocorrer o primeiro episódio de depressão maior. As estratégias cognitivas de regulação emocional mal adaptativas têm vindo a ser apontadas como um fator de risco para a depressão e como um fator explicativo das diferenças de género ao nível da sintomatologia depressiva.

O principal objetivo deste estudo foi testar o efeito moderador do género na relação entre as estratégias cognitivas de regulação emocional e a sintomatologia depressiva. A amostra foi constituída por 319 adolescentes, com idades entre os 13 e os 15 anos. Medidas de autorresposta foram utilizadas para aceder à sintomatologia depressiva (CDI) e às estratégias cognitivas de regulação emocional (CERQ). As raparigas apresentaram maior tendência para recorrer a estratégias cognitivas mal adaptativas de regulação emocional. A sintomatologia depressiva foi predita positivamente pela catastrofização para ambos os géneros e pela autoculpabilização e ruminação para as raparigas. Quanto a estratégias adaptativas, a reavaliação positiva e o replaneamento mostraram-se preditores negativos da sintomatologia depressiva para as raparigas. Culpar o outro mostrou ser um preditor negativo de sintomatologia depressiva para os rapazes. Encontrou-se ainda um efeito moderador do género na relação entre a estratégia cognitiva de reavaliação positiva e a sintomatologia depressiva. Os resultados mostram a importância de intervir clinicamente com os adolescentes ao nível das estratégias cognitivas de regulação emocional mal adaptativas e de promover a utilização da estratégia de reavaliação positiva, de modo a reduzir o risco de sintomatologia depressiva. A consideração destes resultados poderá contribuir, ainda, para delinear estratégias de prevenção eficazes.

**Palavras-chave:** estratégias cognitivas de regulação emocional; sintomatologia depressiva; género; moderação

# **The moderating effect of gender in the relationship between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms, in an adolescent sample**

## **Abstract**

Depression is one of the most prevalent psychological conditions among adolescents. Girls have higher prevalence of depressive symptoms than boys, mostly above 15 years old, when the first major depressive episode tends to occur. Maladaptive cognitive emotion regulation strategies have been pointed as a risk factor for depression and also as a factor that explains gender differences in depressive symptoms.

The main goal of this study was to test the moderating effect of gender in the relationship between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms. The sample was composed by 319 adolescents, aging 13 to 15 years old. Self-reported measures were used in order to access depressive symptoms (CDI) and cognitive emotion regulation strategies (CERQ). Girls tend to use more maladaptive cognitive emotion regulation strategies. Depressive symptoms were positive predicted by catastrophizing for both genders and by self-blame and rumination for girls. As for adaptive strategies, positive reappraisal and refocus on planning were negative predictors of depressive symptoms for girls. Other-blame was a negative predictor of depressive symptoms for boys. We also found a moderator effect of gender in the relationship between positive reappraisal and depressive symptoms. Results show the importance of clinical intervention, with adolescents, on maladaptive cognitive emotion regulation strategies and the importance of enhancing the use of positive reappraisal, in order to reduce the risk of depressive symptoms. Considering this results could also contribute to the outlying of efficient prevention strategies.

**Key words:** cognitive emotion regulation strategies; depressive symptoms; gender; moderation

## **Agradecimentos**

*À minha mãe, pelos sacrifícios que fez ao longo destes anos, pelo exemplo de coragem e força, pelas vidas que vivemos, pelo amor e amizade eternas. Por me deixar sonhar. Ao meu pai, pelo olhar protetor que sobre mim lança, pelas viagens que me proporcionou e pelos horizontes que me fez expandir.*

*Ao Chixo, pela companhia nas madrugadas de estudo.*

*À minha irmã Andréa pelo carinho, incentivo e momentos de distração que sempre me proporciona. Ao meu irmão Pedro por estar sempre presente e por ter olhado por mim, mesmo distante. A ambos, pelas discussões intelectuais e por me ensinarem milhentas curiosidades científicas e culturais.*

*À Maria João, pelo carinho e por me guiar com rigor e paciência. Por me ouvir e por ajudar em tudo quanto pode e em mais um pouco.*

*Aos meus avós pelo carinho e por toda a ajuda nestes 5 anos. Aos meus tios e primos pela força e interesse. Ao Fernando por toda a ajuda e incentivo.*

*Ao meu sobrinho Francisco, por me mostrar o mundo dos adolescentes.*

*Às melhores amigas que Coimbra me podia ter dado: à minha querida Filipa pelos 5 anos de amizade, cumplicidade, irmandade e momentos maravilhosos, por todo o incentivo para que eu acabasse a tese; à Carla por ser uma companheira de todas as horas e mil viagens, pelo rigor científico, por fazer tudo o que pode para me ver feliz e por me dizer que gostou do que escrevi; à Diana pela sua simplicidade, bondade e meiguice, por me ter dado tanta força nos últimos momentos desta tese. Um agradecimento também à Ana, uma agradável surpresa de final de curso, pela sua companhia e prestabilidade; à Vanessa, por ser sempre tão querida e amiga.*

*Ao Diogo, por ter partilhado comigo todo este percurso. Por partilhar comigo mais uma vida. Por acreditar em mim e por mim. Por tudo o que fez por nós e ainda faz. Por Paris e um amor à beira do Sena e do Mondego.*

*Aos amigos de Braga, Sónia, Lúcia, Ana, Rui, Carvalho, Costa e Pacheco por permanecerem, apesar da distância. Por todas as vezes que nos encontramos serem “como se tivesse sido ontem”. À Lúcia pela revisão do inglês.*

*Ao Duarte, por fazer tudo para me ajudar, mesmo distante. Por me incentivar e querer que eu seja sempre mais e melhor. Por me querer ver a sorrir.*

*Ao Eduardo pela disponibilidade e ajuda preciosa com os gráficos e por tentar tornar tudo mais fácil com exemplos muito engraçados!*

*À Félix, à Flávia, à Vera, à Cat e à Pê por serem tão divertidas.*

*À Rita e à Andreia, por serem as melhores afilhadas que eu podia ter tido nesta vida académica. Por se preocuparem e me animarem.*

*Aos pais da Filipa por me ter recebido e por me ter feito sentir em casa, como sempre. À Cláudia pelo carinho e por me mandar relaxar!*

*À Sílvia, à Patrícia, à Marta e à Telma, por terem sido companheiras nesta viagem e por terem permanecido mesmo nos momentos mais difíceis.*

*A toda a Equipa do Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Pediátrico de Coimbra pela preocupação demonstrada e pelas palavras de incentivo.*

*À Daniela pela disponibilidade, simpatia e descatastrofização.*

*À Professora Doutora Ana Paula Matos pela paciência, pela disponibilidade, pela partilha de conhecimento, por ter questionado para que eu pudesse melhorar e por ter sido incansável na busca por ajudas “estatisticamente significativas”.*

*Ao Professor Bruno de Sousa, a minha mais profunda gratidão pela imensa disponibilidade, por arranjar soluções e me fazer pensar. Por ter renovado o meu gosto pela estatística. À Professora Doutora Carla Crespo por me ter recebido entre os seus e me ter feito sentir em casa. À Professora Doutora Lisete Mónico pela disponibilidade e ajuda. À Professora Doutora Paula Castilho pelos conselhos.*

*Aos Professores que por mim passaram e que me (des)construíram.*

*Um agradecimento especial a todos os adolescentes que despenderam do seu tempo e persistiram, apesar da fadiga. Anónimos, porém fundamentais, pois sem eles nada disto seria possível. Desejo que quando for a vez deles, outros adolescentes simpáticos existam, que lhes prestem o auxílio que me prestaram.*

*A ti, Coimbra, Cidade dos Estudantes e dos Sonhos, por me teres dado os melhores anos da minha vida! Por me veres a tornar uma Psi.*

***A todos, a minha mais profunda gratidão.***

## Índice

<b>Introdução</b>	<b>1</b>
<b>I Enquadramento Concetual</b>	<b>2</b>
1.1. Depressão na Adolescência	2
1.2. Regulação Emocional na Adolescência	3
1.3. Regulação Emocional e Depressão na Adolescência	4
1.4. Género, Depressão e Regulação Emocional	7
<b>II Objetivos do Estudo e Hipóteses</b>	<b>8</b>
<b>III Metodologia</b>	<b>9</b>
Amostra	9
Instrumentos	10
Children Depression Inventory (CDI)	10
Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)	11
Procedimento	12
Estratégia Analítica	13
<b>IV Resultados</b>	<b>15</b>
4.1. Análise Preliminar dos Dados	15
4.2. Estatística Descritiva	15
4.3. Diferenças de Género nas Estratégias Cognitivas de Regulação Emocional e na Sintomatologia Depressiva	16
4.4. Diferenças na Sintomatologia Depressiva consoante a Idade para a amostra total, rapazes e raparigas	16
4.5. Diferenças nas Estratégias Cognitivas de Regulação Emocional consoante a Idade para a amostra total, rapazes e raparigas	17
4.6. Associação entre as Estratégias Cognitivas de Regulação Emocional e a Sintomatologia Depressiva	18
4.7. Estratégias Cognitivas de Regulação Emocional como preditoras de Sintomatologia Depressiva	19
4.8. O efeito moderador do Género na relação entre as Estratégias Cognitivas de Regulação Emocional e a Sintomatologia Depressiva	22
<b>V Discussão</b>	<b>24</b>
<b>VI Conclusão</b>	<b>32</b>



## Introdução

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que em 2020 a perturbação depressiva major seja a segunda patologia mais prevalente na população geral (Murray & Lopez, 1996). Ao contrário do que acontecia anteriormente, a ocorrência desta perturbação durante a adolescência deixou de ser considerada uma consequência normativa das mudanças que ocorrem nesta fase do ciclo vital. Assim, o interesse e investigação em torno da depressão nesta faixa etária têm aumentado, sobretudo devido às consequências nefastas que dela podem advir, ao nível familiar, escolar, social e do grupo de pares (Verduyn, Rogers & Wood, 2009).

Diversas perturbações psicológicas são caracterizadas por problemas ao nível da regulação emocional, incluindo a perturbação depressiva major (Jazaieri, Urry & Gross, 2013). Quando se aborda o tema da regulação emocional, estratégias que se focam menos em mudanças ao nível cognitivo para lidar com as emoções têm sido consideradas menos eficazes do que aquelas que têm por alvo as cognições dos indivíduos (Joormann & Gotlib, 2010; Garnefski et al., 2001). No entanto, o recurso habitual a estratégias cognitivas de regulação emocional que são mal adaptativas pode desempenhar um papel importante no começo e manutenção da sintomatologia depressiva (Garnefski et al., 2001).

Paralelamente, a maior tendência de indivíduos do sexo feminino para recorrerem a estratégias de regulação emocional mal adaptativas tem vindo a ser considerada um fator explicativo para as diferenças de género encontradas ao nível das taxas de sintomatologia depressiva. Estas iniciam-se entre os 13 e os 15 anos, com as raparigas a apresentarem significativamente mais sintomatologia depressiva do que os rapazes (Nolan-Hoeksema, 2001).

Assim, considera-se pertinente o estudo da relação entre as estratégias cognitivas de regulação emocional e a sintomatologia depressiva, numa amostra de adolescentes. Mais ainda, importa compreender o efeito moderador do género nesta relação. Desta forma, o objetivo último da presente dissertação passa por compreender o impacto da interação do género com as estratégias cognitivas de regulação emocional na sintomatologia depressiva e possíveis implicações clínicas e contributos para programas de prevenção para a depressão.

## I Enquadramento Concetual

### 1.1. *Depressão na Adolescência*

A adolescência é um período marcado por profundas transformações ao nível da maturação psicológica, neurológica, hormonal e física, e também ao nível social e interpessoal (Silk, Steinberg, & Morris, 2003). A visão de que a depressão nesta etapa de vida tem um carácter normativo associado a estas mudanças tem vindo a ser ultrapassada (Marcotte, 1996). Esta é uma das formas de psicopatologia de maior ocorrência entre os adolescentes e é considerada uma das mais graves devido à sua prevalência, tendência crónica, comorbilidade com outras perturbações, impacto na adaptação ao meio e efeitos a longo prazo, que podem persistir na idade adulta (Clarck, Lewinsohn & Hops, 2000; Peterson et al., 1993).

O primeiro episódio depressivo major tende a surgir por volta dos 15 anos de idade, com uma taxa de incidência anual a aumentar dos 3% para os 7% nesta idade (Seeley, Rohde, Lewinsohn, & Clarke, 2002; Arnarson & Craighead, 2009). Em Portugal, num estudo com adolescentes (13-16 anos), 6% dos participantes encontravam-se já severamente deprimidos (Oliveira-Brochado & Oliveira-Brochado, 2008).

Nos jovens clinicamente sinalizados, a duração de um episódio depressivo major é de cerca de oito meses (Birmaher & Brent, 2007), sendo que 5% dos adolescentes recuperados experienciarão outro episódio nos 6 meses seguintes e 12% dentro de 1 ano (Seeley et. al., 2002). Esta recorrência será predita pelo início precoce da perturbação, existência anterior de outros episódios, gravidade do episódio, existência de perturbações comórbidas, presença de sintomas psicóticos e não adesão ao tratamento (Bahls, 2002).

A depressão tem um impacto negativo no funcionamento dos adolescentes, espelhado na diminuição do rendimento académico (Arnarson & Craighead, 2009; Siener & Kerns, 2012), no aumento do consumo de substâncias (Thapar, Collishaw, Pine, & Thapar, 2012), de comportamentos sexuais de risco e de gravidez indesejada na adolescência, no prejuízo ao nível das relações sociais (Siener & Kerns, 2012), sendo ainda causa de 10% das mortes por suicídio nesta faixa etária (Bahls, 2002; Thapar, et. al., 2012).

Fatores de risco para a depressão na adolescência incluem ser filho de pais deprimidos ou ter história familiar de depressão, ter conflitos com os pais,

percecionar-se como socialmente incompetente, experienciar acontecimentos de vida negativos (Lewinsohn & Essau, 2002) como perdas ou divórcio dos pais (Horowitz & Garber, 2006). A percepção de falta de suporte familiar, o desempenho acadêmico pobre (Lewinsohn & Essau, 2002; Bahls, 2002), a negligência e maus tratos na infância, doenças crônicas (Bhatia & Bhatia, 2007), pertencer ao gênero feminino (Nolen-Hoeksema, 2001; Hankin, et al., 1998; Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994) e problemas ao nível da regulação emocional (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010; Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010; Compas, Jaser, & Benson, 2008) são também considerados fatores de risco para o desenvolvimento de depressão na adolescência.

### **1.2. Regulação Emocional na Adolescência**

Apesar de se traduzir numa tarefa complexa, importa, antes de mais, distinguir os conceitos de *emoção* e de *regulação emocional* (Werner & Gross, 2010).

As emoções têm uma natureza multidimensional (Joormann & D'Avanzato, 2010; Leahy, Tirsch & Napolitano, 2011; Mauss, Bunge & Gross, 2007) e surgem da avaliação de um estímulo ou situação como relevante para o sujeito. Esta avaliação aciona determinadas reações corporais, uma expressão facial e uma tendência para a ação, que poderão facilitar uma resposta adaptativa perante os desafios percebidos (Eysenck & Keane, 2000; Gross, 1998b; Gross & Thompson, 2007; Werner & Gross, 2010). As emoções podem durar entre alguns minutos a algumas horas (Oatley, et. al., 2006; Watson, 2000).

Os indivíduos reagem ativamente às emoções (Joormann & D'Avanzato, 2010) e é este aspeto que nos remete para a possibilidade de *regulação emocional* (Gross & Thompson, 2007), definida como a tentativa automática ou deliberada do sujeito influenciar as emoções que têm, quando as têm e a forma como são experienciadas e expressas (Gross, 1998a; Gross & Muñoz, 1995). Para Thompson (1994) a regulação emocional refere-se aos “processos intrínsecos e extrínsecos responsáveis por monitorizarem, avaliarem e modificarem reações emocionais, especialmente as suas características temporais e ao nível da intensidade, para que o sujeito possa atingir os seus objetivos” (pp.27-28).

Segundo Garnefski, Kraaij & Spinhoven (2001) as emoções podem

ser reguladas através de processos cognitivos inconscientes (como a atenção seletiva) ou conscientes (como a ruminação). Na opinião destes autores, os processos cognitivos conscientes podem ser denominados *processos cognitivos de coping* ou *estratégias cognitivas de regulação emocional*, uma vez que genericamente ambos são definidos como a forma cognitiva de gerir informação emocional ativadora (Thompson, 1991). O indivíduo poderá tentar agir sobre um acontecimento negativo, modificando-o ou eliminando-o (*coping* focado no problema) ou tentar gerir a emoção que dele resulta (*coping* focado na emoção). Este último predomina quando o sujeito percebe que não há nada a fazer quanto ao acontecimento em si (Folkman & Lazarus, 1980). Porém, na generalidade, o *coping* focado no problema tem vindo a ser considerado mais adaptativo (Siener & Kerns, 2012).

Na infância, os indivíduos dependem largamente dos cuidadores para regular as suas emoções (Thompson, 1991; Thompson, 1994; Shonkoff & Phillips, 2000; Raffaelli, Crockett, & Shen, 2005). Ao longo do desenvolvimento, a capacidade de regulação emocional vai sofrendo alterações em direção à autonomização e durante a adolescência aumenta o seu domínio (Compas et. al., 2008; Garnefski & Kraaij, 2006; Silvers, et al., 2012) e o recurso a estratégias de regulação emocional mais complexas (Garnefski & Kraaij, 2006). Porém, é também na adolescência que aumentam os desafios e acontecimentos de vida negativos com os quais os sujeitos têm de lidar. Entre outros, o aumento da exigência escolar ou a transição para o ensino secundário, a perda de amigos, a dificuldade de integração num grupo de pares, ser gozado pelos outros, rejeições amorosas, alterações ao nível hormonal e morfológico do corpo, podem gerar afeto negativo, característico da depressão (Hilt & Nolen-Hoeksema, 2009). Se os adolescentes não tiverem desenvolvido a capacidade de regular emoções ou se recorrerem a estratégias mal adaptativas para o fazer, correm o risco de exacerbar a sintomatologia depressiva, podendo desenvolver uma depressão (Compas et. al., 2008; Hilt & Nolen-Hoeksema, 2009; Silk, et. al., 2003).

### **1.3. Regulação Emocional e Depressão na Adolescência**

Problemas ao nível da regulação emocional e estratégias cognitivas mal adaptativas de regulação emocional têm sido amplamente investigados como um fator de risco para a depressão (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010; Aldao

et. al., 2010; Compas et. al., 2008; Garnefski, et. al., 2001).

Entre elas, a ruminação tem sido uma das estratégias mais estudadas com amostras de adultos, por se relacionar positivamente com a sintomatologia depressiva (Aldao, et. al., 2010; D'Avanzato, Joormann, Siemer, & Gotlib, 2013; Nolen-Hoeksema, Wisco & Lyubomirsky, 2008), dado exacerbar pensamentos negativos, interferir na resolução de problemas, no comportamento instrumental e vulnerabilizar o sujeito para a perda de suporte social (Nolen-Hoeksema et. al., 2008). Esta relação entre ruminação e sintomatologia depressiva verificou-se também em amostras de adolescentes (Garnefski & Kraaij, 2006; Garnefski, Boon, & Kraaij, 2003; Ongen, 2010).

Da mesma forma, tem sido encontrado tanto para adultos, como para adolescentes que, quanto mais os sujeitos se autoculpabilizam, mais sintomatologia depressiva revelam (Garnefski & Kraaij, 2006; Garnefski et. al., 2004; Garnefski, et. al., 2003; Martin & Dahlen, 2005; Ongen, 2010), o que poderá estar relacionado com a atribuição do acontecimento negativo a causas internas, estáveis e globais (Anderson, Miller, Riger, Dill & Sedikides, 1994; Hankin & Abramson, 2001).

A catastrofização também se tem revelado uma estratégia cognitiva de regulação emocional mal adaptativa relacionada com a sintomatologia depressiva em adultos (Garnefski & Kraaij, 2006; Garnefski et. al., 2004; Martin & Dahlen, 2005) e adolescentes (Garnefski & Kraaij, 2006; Garnefski, et. al., 2003; Ongen, 2010). Esta estratégia engloba elementos de ruminação, magnificação e desesperança (Sullivan, Bishop & Pivik, 1995) e é considerada uma forma de distorção cognitiva, que contribui para o desenvolvimento e exacerbação de sintomatologia depressiva (Beck, 1967 cit in Sullivan et al., 1995).

A relação entre a estratégia de culpar o outro, atribuindo as causas do acontecimento negativo a outros indivíduos, e a sintomatologia depressiva não é consensual na literatura. Alguns estudos mostram que sujeitos com mais sintomatologia depressiva recorrem mais a esta estratégia (Garnefski, et. al., 2004; Garnefski & Kraaij, 2006), outros mostram que recorrer a esta estratégia está relacionado com menos sintomatologia depressiva (Miranda & Matos, 2012) e que poderá ser um fator protetor (Oftabehal et al., 2012).

Como estratégia cognitiva adaptativa surge a reavaliação positiva, que envolve gerar interpretações ou perspectivas positivas do acontecimento, em

termos de crescimento pessoal, como forma de reduzir o sofrimento perante um acontecimento negativo (Gross, 1998; Garnefski et. al., 2001). Em amostras de adolescentes e de adultos esta estratégia está associada a níveis mais baixos de sintomatologia depressiva (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010; Aldao et. al., 2010; Garnefski et. al., 2003; Garnefski & Kraaij, 2006; Martin & Dahlen, 2005) e à redução do afeto negativo (D'Avanzato et. al., 2013), sendo considerada uma estratégia protetora face à sintomatologia depressiva (Hilt & Nolen-Hoeksema, 2009). Indivíduos de amostras não clínicas recorrem mais à reavaliação positiva como forma de regular as suas emoções, do que sujeitos de amostras clínicas (Slee, Garnefski, Spinhoven, & Arensman, 2008; Garnefski et al., 2002).

Garnefski e colaboradores (2001) referem-se ainda às estratégias de replaneamento, reorganização positiva, reperspetivar e aceitação como “teoricamente mais adaptativas” (p. 1321), por se relacionarem com níveis elevados de otimismo. Porém, a literatura não é consensual. Em estudos realizados com o *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (CERQ) têm-se verificado relações positivas entre a aceitação e a sintomatologia depressiva (Garnefski & Kraaij, 2006; Martin & Dahlen, 2005), sendo que esta dimensão pode refletir a resignação passiva aos acontecimentos, ao invés da postura ativa e consciente de aceitação das experiências internas, sem tentar mudar a sua frequência ou forma (Hofmann & Asmundson, 2008). A mesma relação positiva tem sido verificada entre reperspetivar e a sintomatologia depressiva, o que sugere que desvalorizar a seriedade dos acontecimentos negativos pode, nem sempre, ser protetor face à sintomatologia depressiva (Garnefski et. al., 2003; Garnefski & Kraaij, 2006).

A reorganização positiva, pensar em algo positivo, ao invés de pensar no acontecimento (estratégia de distração), parece proteger os adolescentes face à sintomatologia depressiva (Garnefski & Kraaij, 2006; Ongen, 2010). Por outro lado, a supressão de pensamentos indesejados, outra estratégia de distração, relaciona-se com o reportar de mais sintomatologia depressiva, pois tentar suprimir pensamentos negativos fará com que, paradoxalmente, aumentem (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999).

Planear os passos para mudar o acontecimento negativo (replaneamento) não se revelou preditora de sintomatologia depressiva em amostras de adolescentes (Garnefski & Kraaij, 2006; Ongen, 2010).

Numa revisão da literatura, Aldao e colaboradores (2010) verificaram que as estratégias mal adaptativas de regulação emocional se relacionavam mais fortemente com a depressão do que as estratégias adaptativas, sugerindo que a depressão poder-se-ia relacionar mais com o recorrer a estratégias mal adaptativas para regular emoções, do que com o não recorrer a estratégias adaptativas.

#### **1.4. Género, Depressão e Regulação Emocional**

Paralelamente ao estudo das estratégias mal adaptativas de regulação emocional como um fator de risco para a depressão, decorre o seu estudo como fator explicativo das diferenças de género nesta forma de psicopatologia. Isto porque foi sugerido que estas diferenças se devessem à forma como os sujeitos respondem a acontecimentos de vida negativos e lidam com o humor depressivo (Butler & Nolen-Hoeksema, 1994; Hilt & Nolen-Hoeksema, 2009; Garnefski et al., 2004). As primeiras diferenças de género surgem sensivelmente entre os 13 e os 15 anos, com as taxas de sintomatologia depressiva a aumentarem significativamente nas raparigas, mantendo-se relativamente constantes nos rapazes (Nolan-Hoeksema, 2001; Hankin *et. al.*, 1998; Cardoso, Rodrigues, & Vilar, 2004). Entre os 15 e os 18 anos estas diferenças acentuam-se, com as raparigas a apresentarem duas vezes mais sintomatologia depressiva que os rapazes (Hankin *et. al.*, 1998).

Alguns estudos mostram que as mulheres recorrem mais do que os homens às estratégias de ruminação e catastrofização como forma de regular as suas emoções (Garnefski et al., 2004; Martin & Dahlen, 2005). Ao ruminarem e catastrofizarem, as mulheres focam-se e magnificam pensamentos negativos, que mantêm e exacerbam o afeto negativo, central na depressão (Butler & Nolen-Hoeksema, 1994). Garnefski e colaboradores (2004) verificaram que a ruminação, a catastrofização e a autoculpabilização prediziam a sintomatologia depressiva em ambos os géneros. Concluíram que, apesar das estratégias mal adaptativas serem as mesmas para ambos os sexos, a maior tendência das mulheres para recorrerem a elas, torna-as mais vulneráveis à sintomatologia depressiva (Garnefski et al., 2004; Hilt & Nolen-Hoeksema, 2009). Por outro lado, Ongen (2010) verificou que a ruminação e a autoculpabilização só vulnerabilizavam os rapazes para a sintomatologia depressiva, enquanto a catastrofização vulnerabilizava ambos os géneros.

Outra explicação apontada para uma taxa superior de depressão nas mulheres é o facto de estas apresentarem menor tendência para recorrerem a estratégias focadas no problema (Thoits, 1995, cit in Garnefski et al., 2004) que, por sua vez, estão associadas a níveis mais baixos de sintomatologia depressiva (Siener & Kerns, 2012).

Quanto às estratégias adaptativas, a reavaliação positiva tem vindo a ser considerada como um fator protetor face à sintomatologia depressiva, para ambos os géneros (Garnefski et al., 2004), porém os estudos não são consistentes em mostrar quem recorre mais a esta estratégia, se os homens (como encontrado por Ongen, 2010) ou as mulheres (como verificado por Garnefski et al., 2004 e Martin & Dahlen, 2005).

Assim, parece-nos relevante averiguar o efeito moderador do género na relação entre as estratégias cognitivas de regulação emocional e a sintomatologia depressiva. A título de exemplo, o género foi anteriormente estudado como um moderador da relação entre a depressão e outras variáveis como as experiências traumáticas (Monteiro & Matos, 2014) ou a inteligência emocional (Salguero, Extremera & Fernandez-Berrocal, 2012).

## **II – Objetivos do Estudo e Hipóteses**

Tendo em conta a revisão da literatura, esta investigação tem como objetivos avaliar as diferenças nos níveis de sintomatologia depressiva e nas estratégias cognitivas de regulação emocional utilizadas, consoante o género e a idade dos sujeitos; pretende-se ainda analisar a relação entre as estratégias cognitivas de regulação emocional e a sintomatologia depressiva; e, principalmente, averiguar o efeito moderador do género na relação entre as estratégias cognitivas de regulação emocional e a sintomatologia depressiva.

Assim, são colocadas as seguintes hipóteses:

H1: As raparigas reportam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva do que os rapazes;

H2: Existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de sintomatologia depressiva consoante a idade: sujeitos mais velhos têm níveis mais elevados de sintomatologia depressiva;

H3: Sujeitos com níveis mais elevados de sintomatologia depressiva recorrem mais a estratégias cognitivas de regulação emocional mal adaptativas;



H4: Existem diferenças estatisticamente significativas nas estratégias cognitivas de regulação emocional reportadas, consoante o género dos sujeitos: as raparigas reportarão um maior uso de estratégias cognitivas mal adaptativas;

H5: Existem diferenças estatisticamente significativas nas estratégias cognitivas de regulação emocional reportadas, consoante o género dos sujeitos: os rapazes reportarão um maior uso de estratégias cognitivas adaptativas;

H6: As estratégias cognitivas de regulação emocional mal adaptativas serão preditoras positivas de sintomatologia depressiva;

H7: As estratégias cognitivas de regulação emocional adaptativas serão preditoras negativas de sintomatologia depressiva;

H8: Existe um efeito moderador do género na relação entre as estratégias cognitivas de regulação emocional e a sintomatologia depressiva.

### III - Metodologia

#### *Amostra*

A amostra deste estudo foi recolhida em escolas localizadas nos distritos de Coimbra e Viseu é constituída por 319 adolescentes da população geral: 217 do sexo feminino (68%) e 102 do sexo masculino (32%). Os sujeitos têm idades compreendidas entre os 13 e os 15 anos ( $M = 13.94$ ;  $DP = .69$ ) e frequentam os 8º (47%) e 9º (53%) anos de escolaridade. A maioria dos adolescentes tem um rendimento escolar considerado *bom* ( $n = 115$ , 36.1%) e apenas 8 indivíduos (2.5%) têm um desempenho académico *insatisfatório*. Os indivíduos pertencem predominantemente a um nível socioeconómico *baixo* ( $n = 128$ , 40.1%), seguidos por sujeitos pertencentes a um nível socioeconómico médio ( $n = 115$ , 36.1%) e elevado ( $n = 76$ , 23.8%). As características gerais da amostra encontram-se descritas no Quadro 1.

Não existem diferenças de género estatisticamente significativas relativamente à idade ( $t_{(319)} = -.43$ ,  $p = .67$ ), ano de escolaridade em que se encontram ( $\chi^2(1) = 2.11$ ,  $p = .15$ ), rendimento escolar ( $\chi^2(4) = 3.46$ ,  $p = .49$ ) ou nível socioeconómico ( $\chi^2(2) = 1.08$ ,  $p = .58$ ).

**Quadro 1.***Características Gerais da Amostra e Diferenças de Género para as Variáveis Sociodemográficas*

	Masculino		Feminino		Total			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%		
<b>Género</b>	102	32	217	68	319	100		
<b>Idade</b>								
13	33	32.4	54	24.9	87	27.3		
14	45	44.1	120	55.3	165	51.7		
15	24	23.5	43	19.8	67	21.0		
<b>Anos Escolaridade</b>								
8	54	52.9	96	44.2	150	47.0		
9	48	47.1	121	55.8	169	53.0		
<b>Rendimento Escolar</b>								
Insuficiente	3	2.9	5	2.3	8	2.5		
Suficiente	23	22.5	37	17.1	60	18.8		
Satisfatório	30	29.4	68	31.3	98	30.7		
Bom	38	37.3	77	35.5	115	36.1		
Muito Bom	8	7.8	30	13.8	38	11.9		
<b>Nível Socioeconómico</b>								
Baixo	41	40.2	87	40.1	128	40.1		
Médio	40	39.2	75	34.6	115	36.1		
Elevado	21	20.6	55	25.3	76	23.8		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Idade</b>	13.91	.77	13.95	.67	13.94	.69	-.43	.67
							<i>X<sup>2</sup></i>	<i>p</i>
<b>Anos Escolaridade</b>	-	-	-	-	-	-	2.11	.15
<b>Rendimento Escolar</b>	-	-	-	-	-	-	3.46	.49
<b>Nível Socioeconómico</b>	-	-	-	-	-	-	1.08	.58

***Instrumentos***

**Children Depression Inventory** (CDI; Kovacs, 1983; versão portuguesa de Marujo, 1994).

Recorreu-se a este questionário de autorresposta para aceder ao nível de sintomatologia depressiva dos sujeitos da amostra, pois mede a sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes dos 6 aos 18 anos (Simões, 1999). Esta escala é composta por 27 itens, com 3 possibilidades de resposta, que variam entre 0 (*ausência de problema*) e 2 (*problema grave*), podendo atingir um total de 54 pontos. As respostas dadas reportam-se às duas últimas semanas antes do momento de aplicação da escala (Simões, 1999).

A sintomatologia depressiva é medida em cinco dimensões: *Humor Negativo*, *Problemas Interpessoais*, *Ineficácia*, *Anedonia* e *Autoestima Negativa* (Kovacs, 1992, cit in Simões, 1999).

Segundo Passos & Machado (2002), o ponto de corte para faixas

etárias dos 13 aos 17 anos situa-se num valor igual ou superior a 19 pontos. Um resultado maior ou igual a 19 pontos classifica com exatidão 84% dos sujeitos da amostra, não produz falsos negativos e origina um número reduzido de falsos positivos (Lobovits e Handal, 1985, cit in Simões, 1999).

Estudos efetuados com o CDI revelam boas qualidades psicométricas do instrumento, com valores de consistência interna<sup>1</sup> com coeficientes alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) que variam entre 0.83 a 0.94 na versão original (Kovacs 1983, cit in Miranda & Matos, 2012). Quanto à versão portuguesa Dias & Gonçalves (1999) obtiveram um valor de consistência interna para a escala total ( $\alpha = .80$ ) considerado  *muito bom*. Na presente investigação obtiveram-se valores de consistência interna considerados  *inadmissíveis* para os  *Problemas Interpessoais* ( $\alpha = .309$ ),  *fracos* para as dimensões  *Ineficácia* ( $\alpha = .629$ ),  *Anedonia* ( $\alpha = .638$ ) e  *Humor Negativo* ( $\alpha = .698$ ) e  *razoável* para a  *Autoestima Negativa* ( $\alpha = .758$ ). Relativamente ao total do CDI, obteve-se um valor de consistência interna  *muito bom* ( $\alpha = .902$ ). Assim, para efeitos desta investigação, apenas o total do CDI foi considerado.

**Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ;** Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001; tradução e adaptação de Matos et al., 2009).

Este instrumento foi utilizado para avaliar as estratégias cognitivas usadas para regular as emoções, após a vivência de acontecimentos de vida negativos. O CERQ é composto por 36 itens, respondidos com base numa escala de  *Likert* que varia de 1 ( *quase nunca*) a 5 ( *quase sempre*). Estes itens estão equitativamente distribuídos por nove dimensões, que se traduzem em nove estratégias cognitivas de regulação emocional:  *ruminação*, pensamentos acerca dos sentimentos e pensamentos relacionados com o acontecimento negativo (“ *eu enfatizo os sentimentos que a situação provocou em mim*”);  *catastrofização*, pensamentos de enfatização do terror do acontecimento vivido (“ *eu continuo a pensar em como aquela situação foi horrível*”);  *autculpabilização*, pensamentos em que o sujeito se culpa a si mesmo por aquilo que aconteceu (“ *eu sinto que sou o único culpado por isto*”);  *culpar os outros*, pensamentos acerca de pôr a culpa do que foi experienciado nos outros

---

<sup>1</sup> Como valores de referência para a Consistência Interna ( $\alpha$ ) utilizaram-se os índices apontados por Pestana e Gageiro (2008): menor que .60 alfas inadmissíveis; entre .61 e .70 alfas fracos; entre .71 e .80 alfas razoáveis; entre .81 e .90 como bons; e superiores a .90 alfas muito bons.

O efeito moderador do género na relação entre as estratégias cognitivas de regulação emocional e a sintomatologia depressiva, numa amostra de adolescentes  
Ana Catarina Martins Duarte (e-mail: annacat.md@gmail.com) 2014

ou no meio envolvente (“*eu sinto que os outros são culpados por isto*”); *replaneamento*, pensamentos acerca das etapas a cumprir e como lidar com o acontecimento negativo (“*penso em como mudar a situação*”); *reorganização positiva*, pensamentos acerca de coisas alegres e prazerosas, ao invés de pensar no acontecimento negativo (“*penso em alguma coisa agradável em vez de pensar naquilo que me aconteceu*”); *reavaliação positiva*, pensamentos acerca de dar um significado positivo ao acontecimento em termos de crescimento pessoal (“*eu penso que posso aprender alguma coisa com a situação*”); *reperspetivar*, pensamentos de desvalorizar a gravidade e seriedade do acontecimento (“*eu digo a mim mesmo que existem coisas piores na vida*”); *aceitação*, pensamentos de aceitar a experiência e resignar-se ao que aconteceu (“*eu penso que devo aceitar a situação*”) (Garnefski et al., 2001).

No estudo original do questionário, Garnefski e colaboradores (2001) obtiveram valores de consistência interna *fracos a bons*, sendo que o valor mínimo foi obtido na dimensão *culpar o outro* ( $\alpha = .68$ ) e o máximo na dimensão *ruminação* ( $\alpha = .83$ ). No presente estudo obtiveram-se valores de consistência interna considerados *razoáveis* para as dimensões *aceitação* ( $\alpha = .72$ ) e *culpar o outro* ( $\alpha = .79$ ); e *bons* para *reperspetivar* ( $\alpha = .80$ ), *reavaliação positiva* ( $\alpha = .80$ ), *autoculpabilização* ( $\alpha = .81$ ), *catastrofização* ( $\alpha = .81$ ), *replaneamento* ( $\alpha = .82$ ), *ruminação* ( $\alpha = .82$ ) e *reorganização positiva* ( $\alpha = .83$ ).

### ***Procedimento***

O presente estudo decorre no âmbito do projeto “*Prevenção da Depressão em Adolescentes Portugueses: Estudo da Eficácia de uma Intervenção com Adolescentes e Pais*” – Projeto ID, financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT). Para a realização da investigação obteve-se o consentimento da Comissão Nacional de Proteção da Dados (CNPd) e da Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC). Efetuou-se o contacto com as escolas, solicitando-se a participação na investigação. Foi garantido o anonimato e salientou-se o caráter voluntário da participação dos alunos. Após obtenção dos consentimentos informados dos alunos e respetivos encarregados de educação, autorizando a participação no estudo, procedeu-se à administração do protocolo de investigação do qual

constavam um questionário relativo a variáveis sociodemográficas e as escalas anteriormente referidas. A falta de autorização do adolescente e/ou respetivo encarregado de educação para participação na investigação e o preenchimento incompleto dos questionários constantes do protocolo foram tidos como critérios de exclusão dos sujeitos. Uma vez que o objetivo do projeto acima referido é a prevenção do primeiro episódio depressivo major, são incluídos indivíduos com idades compreendidas entre os 13 e os 15 anos. Adolescentes fora desta faixa etária foram assim excluídos na presente investigação.

### ***Estratégia Analítica***

Para proceder à análise estatística dos dados recorreu-se ao programa informático *Statistical Package for Social Sciences* – SPSS, versão 20. O estudo apresenta um desenho de natureza transversal. Averiguou-se a distribuição normal da amostra através do teste de Kolmogorov-Smirnov. Desvios graves à normalidade analisaram-se através da homogeneidade das variâncias, com o teste de Levene, e pela análise dos coeficientes de assimetria (*Skeweness*) e achatamento (*Kurtosis*). A existência de *outliers* foi verificada através da representação gráfica dos resultados (Diagrama de Extremos e Quartis). Para caracterizar a amostra foram obtidos valores de frequências, médias e desvios-padrão nas variáveis sociodemográficas. Diferenças de género nestas variáveis foram verificadas através de testes *t*-Student e Qui-quadrado. Para avaliar diferenças entre géneros na sintomatologia depressiva (total do CDI) e nas estratégias cognitivas de regulação emocional (dimensões do CERQ), testando se as médias dos dois grupos são significativamente diferentes, realizaram-se testes *t*-Student para amostras independentes. Consideraram-se diferenças estatisticamente significativas as diferenças entre médias cujo valor de *p* do teste fosse igual ou inferior a .05 (Maroco & Bispo, 2003). Para verificar diferenças no nível da sintomatologia depressiva, consoante a idade dos participantes, realizaram-se Análises da Variância Univariada (*One-way ANOVA*) considerando três grupos: 13, 14 e 15 anos. Estas análises foram realizadas para a amostra total e para rapazes e raparigas, separadamente. De seguida, o mesmo procedimento foi realizado para verificar diferenças nas estratégias de regulação emocional utilizadas, consoante os três grupos de idade dos participantes. Em ambos os casos, testes

de *post-hoc Tukey HSD*, permitiram verificar entre que idades as diferenças encontradas ocorriam e os valores das médias para cada idade (Pallant, 2005). Para explorar as associações entre as estratégias cognitivas de regulação emocional e a sintomatologia depressiva, foram realizadas análises de correlação parcial (controlando a idade), para a amostra total e para rapazes e raparigas, separadamente. Quanto à magnitude de correlação, optou-se por considerá-la muito baixa ( $< .20$ ), baixa (entre  $.20$  e  $.39$ ), moderada (entre  $.40$  e  $.69$ ), alta (entre  $.70$  e  $.89$ ) e muito alta (entre  $.90$  e  $1.00$ ), tendo como referência os valores referidos por Pestana e Gageiro (2008).

Para o estudo das estratégias cognitivas de regulação emocional como preditoras de sintomatologia depressiva foram realizadas regressões múltiplas hierárquicas, com o método “enter” (variáveis preditoras - dimensões do CERQ; variável critério – total do CDI;) para a amostra total e para ambos os sexos, separadamente. Os pressupostos para a realização destas análises foram cumpridos e descritos. Controlou-se o efeito da idade e do género, inserindo-os primeiramente na análise de regressão, ou fazendo regressões separadas para rapazes e raparigas (no caso do género). A contribuição única de cada variável preditora na variável critério foi estimada pelos coeficientes de regressão ( $\beta$ ). Avaliou-se a qualidade de cada modelo através dos testes de significância do  $R^2$  e  $R^2_{modificado}$  (Pallant, 2005). Recorrendo a regressões múltiplas hierárquicas realizaram-se nove análises de moderação para testar o efeito moderador do género (variável moderadora, M) na relação entre cada estratégia cognitiva de regulação emocional (cada dimensão do CERQ como variável preditora, X) e a sintomatologia depressiva (total do CDI como variável critério, Y). Controlou-se o efeito da variável idade inserindo-a primeiramente no modelo de regressão. Foi necessário proceder à criação de uma variável *dummy* ( $k-1$ ) para o género, dado ser uma variável categorial com dois níveis (masculino e feminino). Criaram-se ainda nove termos de interação entre cada dimensão do CERQ e o género (variável *dummy*). Verifica-se um efeito moderador quando o coeficiente de regressão do *termo de interação* (Critério x Moderador) for estatisticamente significativo (Hayes, 2013). O efeito moderador encontrado foi representado graficamente. Recorrendo ao programa *ModGraph* (José, 2013) realizaram-se análises *post-hoc* das *slopes* (declives) que permitiram verificar se o declive das retas era significativamente diferente de zero para ambos os géneros (José, 2013).

## IV - Resultados

### 4.1. Análise Preliminar dos Dados

Os resultados do teste de *Kolmogorov-Smirnov* permitiram concluir que a amostra não segue uma distribuição normal nas variáveis em estudo ( $K-S, p \leq .05$ ) (Pallant, 2005). Também foi realizado o teste de *Levene* para averiguar a homogeneidade das variâncias, por ser um teste robusto face a desvios da normalidade, porém não se constatou o cumprimento deste pressuposto. No entanto, analisando valores de assimetria e achatamento, não se verificaram violações severas à normalidade ( $|Sk| < 3$  e  $|Ku| < 8-10$ ; Kline, 2011). Assim, e tendo em conta a dimensão da amostra ( $N=319$ ), realizaram-se testes paramétricos para analisar os dados, por serem mais conservadores.

A existência de *outliers* foi verificada através da representação gráfica dos resultados (Diagrama de Extremos e Quartis). Constatou-se a presença de algumas observações extremas. Por não se verificaram alterações significativas nos resultados ao excluí-las, optou-se por mantê-las, dado representarem observações da população geral (Tabachnick & Fidell, 2007).

### 4.2. Estatística Descritiva

Para caracterizar as variáveis em estudo foram realizadas análises de medidas de tendência central e dispersão para o total do CDI e para as nove dimensões do CERQ, que são apresentadas no Quadro 2.

**Quadro 2.**

*Estatística Descritiva para o Total do CDI e Dimensões do CERQ*

	Amostra Total (N=319)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
Total do CDI	11.61	7.51	0	39.00
CERQ (dimensões)				
Autoculpabilização	2.51	.91	1.00	5.00
Ruminação	2.81	.97	1.00	5.00
Catastrofização	2.24	.95	1.00	5.00
Culpar o outro	1.77	.71	1.00	5.00
Aceitação	2.86	.86	1.00	5.00
Reperspetivar	2.80	.97	1.00	5.00
Reavaliação Positiva	3.07	.94	1.00	5.00
Reorganização Positiva	2.86	.98	1.00	5.00
Replaneamento	3.20	.93	1.00	5.00

O efeito moderador do género na relação entre as estratégias cognitivas de regulação emocional e a sintomatologia depressiva, numa amostra de adolescentes  
Ana Catarina Martins Duarte (e-mail: annacat.md@gmail.com) 2014

### 4.3. Diferenças de Género nas Estratégias Cognitivas de Regulação Emocional e na Sintomatologia Depressiva

Testes *t-Student* para amostras independentes, com as dimensões do CERQ e com o total do CDI, permitiram verificar diferenças estatisticamente significativas entre rapazes e raparigas nas dimensões *autoculpabilização* ( $t(225) = -3.696, p < .001$ ), *ruminação* ( $t(317) = -5.960, p < .001$ ) e *aceitação* ( $t(317) = -2.724, p = .007$ ), bem como ao nível da sintomatologia depressiva ( $t(230) = -5.298, p < .001$ ). As raparigas obtiveram pontuações mais elevadas que os rapazes na *autoculpabilização* ( $M_{raparigas} = 2.64, DP = .93; M_{rapazes} = 2.26, DP = .81$ ), *ruminação* ( $M_{raparigas} = 3.02, DP = .94; M_{rapazes} = 2.37, DP = .88$ ), *aceitação* ( $M_{raparigas} = 2.95, DP = .86; M_{rapazes} = 2.67, DP = .86$ ) e sintomatologia depressiva ( $M_{raparigas} = 12.99, DP = 7.59; M_{rapazes} = 8.66, DP = 6.42$ ). Os resultados são descritos no Quadro 3.

#### Quadro 3.

*Diferenças de Género para a Sintomatologia Depressiva (Total do CDI) e para o uso de Estratégias Cognitivas de Regulação Emocional (CERQ)*

	Masculino (n=102)		Feminino (n=217)		t
	M	DP	M	DP	
Total do CDI	8.66	6.42	12.99	7.59	-4.988***
CERQ (dimensões)					
Autoculpabilização	2.26	.81	2.63	.93	-3.696***
Ruminação	2.37	.88	3.02	.94	-5.960***
Catastrofização	2.10	.87	2.31	.99	-1.802
Culpar o outro	1.86	.76	1.73	.68	1.498
Aceitação	2.67	.86	2.95	.86	-2.724**
Reperspetivar	2.69	.94	2.85	.98	-1.359
Reavaliação Positiva	3.10	.95	3.05	.94	.398
Reorganização Positiva	2.92	.94	2.83	.99	.734
Replaneamento	3.16	.90	3.22	.94	-.503

Nota. \*\*  $p \leq .01$ ; \*\*\*  $p \leq .001$

### 4.4. Diferenças na Sintomatologia Depressiva consoante a Idade para amostra total, rapazes e raparigas

Para estudar diferenças no reportar de sintomatologia depressiva consoante a idade, realizaram-se Análises da Variância Univariada (*One-way ANOVA*) para a amostra total e para rapazes e raparigas, separadamente. O pressuposto da homogeneidade das variâncias foi cumprido ( $F_{Levene} (total) =$

O efeito moderador do género na relação entre as estratégias cognitivas de regulação emocional e a sintomatologia depressiva, numa amostra de adolescentes  
Ana Catarina Martins Duarte (e-mail: annacat.md@gmail.com) 2014



1.278;  $p = .280$ ;  $F_{Levene} (raparigas) = .816$ ;  $p = .443$ ;  $F_{Levene} (rapazes) = .115$ ;  $p = .892$ ).

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no reportar de sintomatologia depressiva consoante as idades dos participantes para a amostra total [ $F(2, 316) = 4.643$ ,  $p = .01$ ]. Quanto mais velhos os sujeitos, maior o nível de sintomatologia depressiva reportado. Análises *post-hoc Tukey HSD* permitiram verificar que as diferenças estatisticamente significativas ocorriam entre os sujeitos com 13 anos ( $n = 87$ ;  $M = 9.57$ ;  $DP = 7.04$ ) e 14 anos ( $n = 165$ ;  $M = 12.19$ ;  $DP = 7.72$ ) e entre os que tinham 13 anos ( $M = 9.57$ ;  $DP = 7.04$ ) e 15 anos ( $n = 67$ ;  $M = 12.81$ ;  $DP = 7.15$ ), não se verificando diferenças significativas ao nível do reportar de sintomatologia depressiva quando se comparam sujeitos com 14 e 15 anos.

Também nas raparigas as diferenças foram estatisticamente significativas [ $F(2, 214) = 3.974$ ;  $p = .020$ ] tendo-se verificado que, à medida que se tornam mais velhas, reportam mais sintomatologia depressiva ( $M_{(raparigas, 13\text{ anos } [n=54])} = 10.63$ ,  $DP = 6.99$ ;  $M_{(raparigas, 14\text{ anos } [n=120])} = 13.46$ ,  $DP = 7.71$ ;  $M_{(raparigas, 15\text{ anos } [n=43])} = 14.65$ ,  $DP = 7.48$ ). Testes de *Post-Hoc Tukey HSD* permitiram verificar que estas diferenças ocorrem quando se comparam raparigas com 13 e 15 anos, sendo que sujeitos mais velhos reportam mais sintomatologia depressiva (*Diferença de Médias* = 4.02;  $p = .025$ ).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na sintomatologia depressiva, consoante as idades, para os rapazes [ $F(2, 99) = .475$ ;  $p = .623$ ], apesar de a média de sintomatologia depressiva ir aumentando à medida que os rapazes crescem ( $M_{(rapazes, 13\text{ anos } [n=33])} = 7.85$ ,  $DP = 6.87$ ;  $M_{(rapazes, 14\text{ anos } [n=45])} = 8.80$ ,  $DP = 6.72$ ;  $M_{(rapazes, 15\text{ anos } [n=24])} = 9.50$ ,  $DP = 5.19$ ).

#### **4.5. Diferenças nas Estratégias Cognitivas de Regulação Emocional consoante a Idade para amostra total, rapazes e raparigas**

Para averiguar a existência de diferenças nas estratégias cognitivas de regulação emocional consoante a idade (três níveis da VI: 13, 14 e 15 anos), realizaram-se Análises da Variância Univariada (*One-way ANOVA*) para a amostra total e para rapazes e raparigas, separadamente. O pressuposto da homogeneidade das variâncias foi cumprido.

Na amostra total, a única diferença verificada foi ao nível da estratégia *reperspetivar* [ $F(2, 316) = 3.930$ ;  $p = .021$ ]. Testes de *Post-Hoc Tukey HSD*

O efeito moderador do género na relação entre as estratégias cognitivas de regulação emocional e a sintomatologia depressiva, numa amostra de adolescentes  
Ana Catarina Martins Duarte (e-mail: annacat.md@gmail.com) 2014

permitem verificar que esta diferença ocorre dos 13 ( $n=87$ ;  $M = 2.62$ ;  $DP = .96$ ) para os 14 anos ( $n=165$ ;  $M = 2.94$ ;  $DP = .98$ ).

Para o sexo feminino não se encontraram diferenças estatisticamente significativas ao nível das estratégias cognitivas de regulação emocional usadas consoante as idades.

Para os rapazes, a única diferença estatisticamente significativa encontrada foi também na estratégia *reperspetivar* [ $F(2, 99) = 5.134$ ,  $p = .008$ ]. Testes de *Post-Hoc Tukey HSD* permitem verificar que esta diferença ocorre dos 13 ( $n=33$ ;  $M = 2.32$ ;  $DP = .86$ ) para os 14 anos ( $n=45$ ;  $M = 2.98$ ;  $DP = .95$ ).

#### **4.6. Associação entre as Estratégias Cognitivas de Regulação Emocional e a Sintomatologia Depressiva**

As correlações parciais realizadas para averiguar a relação entre as estratégias cognitivas de regulação emocional e a sintomatologia depressiva, controlando o efeito da idade, mostraram que todas as dimensões do CERQ se correlacionaram de forma significativa com a sintomatologia depressiva para a amostra total e para as raparigas (Quadro 4).

As dimensões *autoculpabilização*, *ruminação* e *catastrofização*, correlacionaram-se positiva e significativamente com a sintomatologia depressiva, com uma magnitude de efeito *moderada*, para a amostra total, para rapazes e para raparigas. A dimensão *culpar o outro* correlacionou-se de forma positiva e significativa com a sintomatologia depressiva na amostra total (magnitude de efeito *muito baixa*) e nas raparigas (magnitude de efeito *baixa*). A correlação entre *culpar o outro* e a sintomatologia depressiva não foi estatisticamente significativa para os rapazes. Existiu uma correlação positiva e significativa entre a *aceitação* e a sintomatologia depressiva, de magnitude *baixa* para a amostra total e para os rapazes e de magnitude *muito baixa* para as raparigas (ver Quadro 4).

Verificaram-se correlações negativas e significativas entre a *reavaliação positiva* e a sintomatologia depressiva e entre a *reorganização positiva* e a sintomatologia depressiva, de magnitudes *baixas* para a amostra total e para os rapazes, porém, de magnitudes *moderadas* para as raparigas. Verificou-se uma associação negativa significativa e *muito baixa* entre *reperspetivar* e a sintomatologia depressiva, para a amostra total e para

raparigas. Esta correlação não foi significativa para os rapazes. Por último, o *replaneamento* correlacionou-se de forma negativa e significativa com a sintomatologia depressiva, com uma magnitude *baixa* para a amostra total e para as raparigas. Esta correlação também não foi significativa para os rapazes (ver Quadro 4).

Ao comparar as correlações de *Pearson* com as correlações parciais, na amostra total, constatou-se que a idade parece ter um efeito reduzido na força da relação entre as estratégias cognitivas de regulação emocional e a sintomatologia depressiva.

#### Quadro 4.

*Correlações Parciais entre as Estratégias Cognitivas de Regulação Emocional e a Sintomatologia Depressiva, para a Amostra Total, para Rapazes e para Raparigas*

	Sintomatologia Depressiva (total do CDI)			
	Amostra Total (N=319)		Masculino (n=102)	Feminino (n=217)
	<i>r</i> de Pearson	<i>r</i> Parcial	<i>r</i> Parcial	<i>r</i> Parcial
CERQ (dimensões)				
Autoculpabilização	.597***	.604***	.525***	.605***
Ruminação	.465***	.461***	.409***	.413***
Catastrofização	.559***	.559***	.578***	.545***
Culpar o outro	.195***	.185***	.195	.232***
Aceitação	.218***	.225***	.233*	.178**
Reperspetivar	-.112*	-.118*	-.135	-.143*
Reavaliação Positiva	-.364***	-.359***	-.204*	-.433***
Reorganização Positiva	-.357***	-.357***	-.236*	-.405***
Replaneamento	-.288***	-.284***	-.175	-.350***

Nota. \*  $p \leq .05$ ; \*\*  $p \leq .01$ ; \*\*\*  $p \leq .001$ ;

#### 4.7. Estratégias Cognitivas de Regulação Emocional como preditoras da Sintomatologia Depressiva

Realizaram-se análises preliminares para garantir a adequação dos dados a uma análise de Regressão Múltipla Hierárquica. Não se encontraram problemas de multicolinearidade (obtiveram-se valores de *Tolerância* > .10 e *Valores de Inflação da Variância* (VIF) < 10), indicando a ausência de problemas de estimação dos  $\beta$  para as dimensões do CERQ (Pallant, 2005; Pestana & Gageiro, 2005). A inspeção gráfica da dispersão dos resíduos (*Scatterplot* e *PP Plot*) permitiu concluir pela inexistência de problemas ao nível da normalidade da distribuição, da linearidade, homocedasticidade e

independência dos resíduos. Relativamente à presença de *outliers*, não se verificam valores de *Cook's Distance* superiores a 1 ( $Cook's Distance_{(Total)} = .079$ ;  $Cook's Distance_{(Feminino)} = .098$ ;  $Cook's Distance_{(Masculino)} = .150$ ) (Pallant, 2005). Assim, estão cumpridos os pressupostos para a realização de Regressões Múltiplas Hierárquicas, tendo-se realizado uma para a amostra total, uma para rapazes e uma para raparigas.

Para controlar o efeito do género e da idade, estas variáveis foram ambas inseridas em primeiro lugar para a amostra total, gerando um modelo estatisticamente significativo [Modelo 1<sub>total</sub> :  $F(2, 316) = 16.560$ ;  $p < .001$ ].

Para controlar o efeito da idade, esta variável foi inserida em primeiro lugar para rapazes e raparigas (Modelo 1). Gerou-se um modelo estatisticamente significativo para as raparigas [Modelo 1<sub>raparigas</sub> :  $F(1, 215) = 7.325$ ;  $p = .007$ ], sendo que a idade explica 3.3% ( $R^2 = .033$ ) da variância de sintomatologia depressiva. O modelo gerado com a idade não foi estatisticamente significativo para os rapazes [Modelo 1<sub>rapazes</sub> :  $F(1, 100) = .951$ ;  $p = .332$ ]. Os resultados encontrados estão descritos no Quadro 5.

Os modelos de regressão onde constam as estratégias cognitivas de regulação emocional (Modelo 2) foram estatisticamente significativos para a amostra total [ $F(11, 307) = 42.746$ ,  $p < .001$ ], para os rapazes [ $F(10, 91) = 10.08$ ,  $p < .001$ ] e para as raparigas [ $F(10, 206) = 35.839$ ,  $p < .001$ ].

As estratégias cognitivas de regulação emocional explicaram 51.0%, 51.6% e 60.2% da variância da sintomatologia depressiva, na amostra total ( $R^2_{\text{modificado}} = .510$ ;  $F_{\text{modificado}}(9, 307) = 44.052$ ,  $p < .001$ ), nos rapazes ( $R^2_{\text{modificado}} = .516$ ;  $F_{\text{modificado}}(9, 91) = 10.999$ ,  $p < .001$ ), e nas raparigas ( $R^2_{\text{modificado}} = .602$ ;  $F_{\text{modificado}}(9, 206) = 37.755$ ,  $p < .001$ ), respetivamente.

Na amostra total, a estratégia de *autoculpabilização* ( $\beta = .32$ ,  $p < .001$ ), a *ruminação* ( $\beta = .20$ ,  $p = .002$ ) e a *catastrofização* ( $\beta = .22$ ,  $p < .001$ ) foram preditoras positivas e significativas de sintomatologia depressiva. O *replaneamento* ( $\beta = -.30$ ,  $p < .001$ ) foi a única estratégia preditora negativa estatisticamente significativa.

Para os rapazes, a *catastrofização* ( $\beta = .55$ ,  $p < .001$ ) foi a única preditora positiva significativa de sintomatologia depressiva. A estratégia *culpar o outro* ( $\beta = -.33$ ,  $p = .004$ ) foi a única preditora negativa e significativa de sintomatologia depressiva para o sexo masculino.

Para as raparigas, a *autoculpabilização* ( $\beta = .35$ ,  $p < .001$ ), a *ruminação*

( $\beta = .24, p = .001$ ) e a *catastrofização* ( $\beta = .18, p = .006$ ) foram estratégias preditoras positivas e significativas de sintomatologia depressiva. A *reavaliação positiva* ( $\beta = -.16, p = .031$ ) e o *replaneamento* ( $\beta = -.34, p < .001$ ) revelaram-se preditoras negativas e estatisticamente significativas de sintomatologia depressiva nas raparigas.

**Quadro 5.**

*Estratégias Cognitivas de Regulação Emocional como Preditoras de Sintomatologia Depressiva para Amostra Total para Rapazes e para Raparigas (controlando idade e género)*

Preditores	Masculino (n=102)		Feminino (n=217)		Total (N=319)	
	$\beta$	<i>t</i>	$\beta$	<i>t</i>	$\beta$	<i>t</i>
<b>Modelo 1</b>						
Género	-	-	-	-	.27	4.97***
Idade	.10	.98	.18	2.71**	.15	2.78**
<b>R<sup>2</sup></b>	.009		.033		.095	
<b>F</b>	.951		7.325**		16.560***	
<b>Modelo 2</b>	$\beta$	<i>t</i>	$\beta$	<i>t</i>	$\beta$	<i>t</i>
Género	-	-	-	-	.12	3.04**
Idade	.16	2.07*	.10	2.39*	.11	2.87**
CERQ (dimensões)						
Autoculpabilização	.18	1.76	.35	5.09***	.32	5.67***
Ruminação	.20	1.84	.24	3.26***	.20	3.18**
Catastrofização	.55	4.34***	.18	2.81**	.22	4.07***
Culpar o outro	-.33	-2.98**	.05	.98	-.01	-.26
Aceitação	.11	1.08	-.07	-1.19	-.00	-.00
Reperspetivar	-.03	-.31	.05	.80	.03	.66
Reavaliação Positiva	-.00	-.00	-.16	-2.17*	-.11	-1.79
Reorganização Positiva	-.09	-.76	-.07	-1.13	-.07	-1.43
Replaneamento	-.22	-1.63	-.34	-4.65***	-.30	-4.83***
<b>R<sup>2</sup></b>	.526		.635		.605	
<b>F</b>	10.080***		35.839***		42.746***	

Nota. \*  $p \leq .05$ ; \*\*  $p \leq .01$ ; \*\*\*  $p \leq .001$

#### 4.8. O efeito moderador do Género na relação entre as Estratégias Cognitivas de Regulação Emocional e a Sintomatologia Depressiva

Uma moderação ocorre quando a natureza da relação entre as variáveis preditora ( $X$ ) e critério ( $Y$ ) difere, na sua força ou sinal, na presença de uma terceira variável, a variável moderadora ( $M$ ) (Hayes, 2013; Warner, 2013). Assim, uma variável moderadora “é uma terceira variável que afeta a direção e/ou a força da relação entre o preditor e o critério, (...) de tal forma que a natureza do impacto da variável preditora na variável critério varia de acordo com o nível ou valor do moderador” (Holmbeck, 1997, p.599).

Para testar o efeito significativo do coeficiente de regressão do termo de interação entre a variável preditora (cada dimensão do CERQ) e a variável moderadora (género) na variável critério (total do CDI) realizaram-se separadamente nove análises de moderação recorrendo a análises de Regressão Múltipla Hierárquica. Introduziram-se sequencialmente, num primeiro passo, a idade (para controlar o efeito desta variável); num segundo passo a dimensão do CERQ que estava a ser analisada (variável preditora); num terceiro passo a variável género (variável moderadora) e num quarto passo o termo multiplicativo da dimensão do CERQ com o género (termo de interação). Foi gerado um gráfico no SPSS para melhor visualizar a associação entre as variáveis (Figura 1).

Das nove análises de Regressão Múltipla Hierárquica realizadas, aquela que incluiu a preditora *reavaliação positiva* foi a única que produziu um termo de interação estatisticamente significativo ( $\beta = -.456$ ,  $p = .013$ ). Os modelos dos 4 passos acima referidos foram estatisticamente significativos e os resultados encontram-se descritos no Quadro 6.

A introdução da variável género no terceiro passo produziu um modelo estatisticamente significativo [Modelo 3:  $F(3, 315) = 29.06$ ;  $p < .001$ ], que adicionou 6.7% de explicação para a variância da sintomatologia depressiva [Modelo 3:  $R^2_{\text{modificado}} = .067$ ;  $F_{\text{modificado}}(1, 315) = 26.889$ ;  $p < .001$ ].

O modelo final atingiu a significância estatística [Modelo 4:  $F(4, 314) = 23.711$ ,  $p < .001$ ], explicando 23.2% da variância de sintomatologia depressiva ( $R^2 = .232$ ). A introdução da interação entre a *reavaliação positiva* e o género acrescentou 1.5% à explicação da variância da sintomatologia depressiva [ $R^2_{\text{modificado}} = .015$ ;  $F_{\text{modificado}}(1, 314) = 6.212$ ;  $p = .013$ ].

**Quadro 6.**

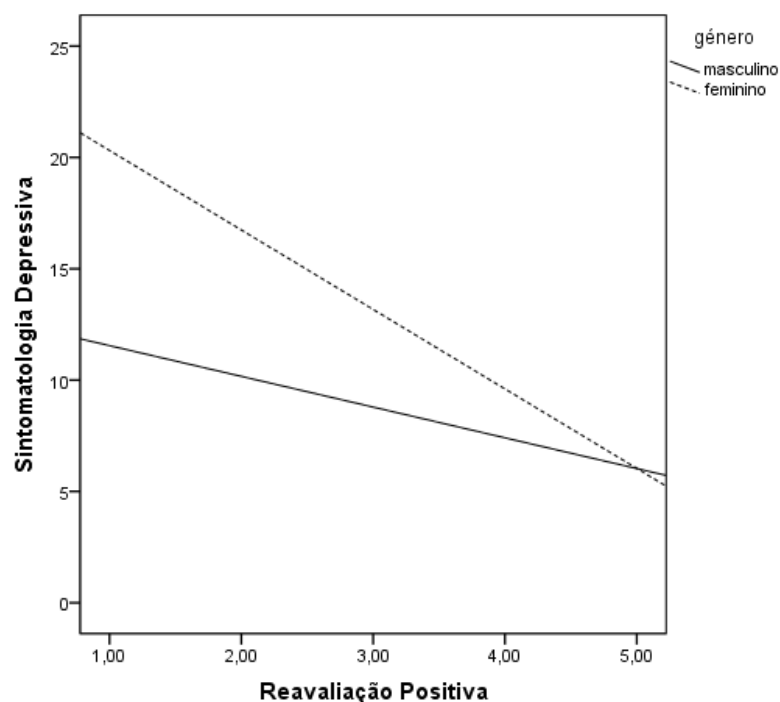
*Efeito Moderador do Género na Interação entre a Reavaliação Positiva e a Sintomatologia Depressiva (controlando o efeito da idade).*

Preditores	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	B	β	F	t
Modelo 1	.024	.021			7.849**	
Idade			1.68	.16		2.80**
Modelo 2	.150	.145			27.866***	
Idade			1.45	.13		2.57*
Reavaliação Positiva			-2.84	-.36		-6.84***
Modelo 3	.217	.209			29.062***	
Idade			1.38	.13		2.55*
Reavaliação Positiva			-2.80	-.35		-7.00***
Género			4.16	.26		5.19***
Modelo 4	.232	.222			23.711***	
Idade			1.33	.12		2.47*
Reavaliação Positiva			-1.37	-.17		-1.98*
Género			10.66	.66		3.91***
Género x Reav_Positiva			-2.11	-.46		-2.49*

Nota. \*  $p \leq .05$ ; \*\*  $p \leq .01$ ; \*\*\*  $p \leq .001$ ; Reav\_Positiva = Reavaliação Positiva

Recorrendo ao *software ModGraph* (José, 2013) realizaram-se análises *post-hoc* das *slopes* e verificou-se que a interação entre a estratégia *reavaliação positiva* e o género foi significativa para as raparigas ( $b = -3.48$ ;  $t = -7.22$ ;  $p < .001$ ) e para os rapazes ( $b = -1.37$ ;  $t = -1.97$ ;  $p = .049$ ).

Analisando o gráfico da Moderação (Figura 1), foi possível observar o declive negativo das retas de regressão para ambos os géneros. Assim, quanto mais os adolescentes recorrem à estratégia cognitiva de *reavaliação positiva* para regular as suas emoções, menos sintomatologia depressiva reportam. O efeito moderador ocorre para ambos os géneros, porém é mais significativo nas raparigas (como se pode verificar pelo declive mais acentuado da reta e pela análise *post-hoc* das *slopes*, que mostra um declive mais significativo nas raparigas). De tal forma que, para os mesmos níveis de *reavaliação positiva*, as raparigas apresentam mais sintomatologia depressiva do que os rapazes, exceto no nível mais elevado de *reavaliação positiva*, em que rapazes e raparigas apresentam o mesmo nível (baixo) de sintomatologia depressiva (Figura 1).



**Figura 1.**

*O Efeito Moderador do Gênero na Relação entre a Reavaliação Positiva e a Sintomatologia Depressiva.*

## V - Discussão

O recurso a estratégias cognitivas mal adaptativas para regular emoções perante acontecimentos de vida negativos tem-se revelado um fator de risco para a depressão (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010; Aldao et al., 2010; Compas et al., 2008) e um fator explicativo para as diferenças de gênero ao nível da sintomatologia depressiva, com as mulheres em maior risco para a desenvolverem (Hilt & Nolen-Hoeksema, 2009; Nolen-Hoeksema, 2001).

O principal objetivo desta investigação foi averiguar o efeito moderador do gênero na relação entre as estratégias cognitivas de regulação emocional e a sintomatologia depressiva. Antes de proceder a essa análise, averiguou-se a relação entre a sintomatologia depressiva e as estratégias cognitivas de regulação emocional e o papel destas na explicação de diferenças de gênero ao nível da sintomatologia depressiva.



### 5.1. As variáveis em estudo e o género

As raparigas apresentaram mais sintomatologia depressiva do que os rapazes, tal como hipotetizado em H1 e como tem sido referido na literatura (Hankin, et al., 1998; Hilt & Nolen-Hoeksema, 2009; Nolen-Hoeksema, 1990, 2001; Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994).

Em relação às estratégias cognitivas de regulação emocional, os dados mostram que as raparigas recorrem mais a estratégias mal adaptativas, neste caso a ruminação e a autoculpabilização, indo ao encontro do que foi hipotetizado em H4. Estes resultados estão de acordo com o que tem sido encontrado por outros autores, indicando uma maior tendência das mulheres para a ruminação, ou seja, para repetida e passivamente se focarem em pensamentos e emoções negativas, como resposta a um acontecimento de vida negativo (Hilt & Nolen-Hoeksema, 2009; Nolen-Hoeksema et al., 2008; Piccinelli & Wilkinson, 2000). Relativamente à autoculpabilização, a maioria dos estudos revistos não reporta diferenças significativas entre géneros (Garnefski et al., 2004; Martin & Dahlen, 2005; Ongen, 2010), porém é reconhecida na literatura a maior tendência das mulheres para atribuírem acontecimentos negativos a causas internas e culparem-se a si mesmas pelos problemas (Hanninen & Aro, 1996). Verificou-se ainda uma diferença significativa em relação à aceitação, sendo que as raparigas recorrem mais a esta estratégia. Apesar de noutros estudos as diferenças não serem significativas, sujeitos do sexo feminino apresentam também uma média mais elevada do que elementos do sexo masculino nesta estratégia (Garnefski et al., 2004; Martin & Dahlen, 2005; Ongen, 2010).

Na generalidade, os dados sugerem que as raparigas tendem a recorrer mais a estratégias mal adaptativas de regulação emocional do que os rapazes, tal como tem sido verificado noutros estudos (Garnefski, et. al., 2004; Hilt & Nolen-Hoeksema, 2009; Ongen, 2010). No entanto, os nossos resultados não suportam a ideia de que os rapazes têm uma maior tendência para usarem estratégias adaptativas de regulação emocional (Ongen, 2010) ou que as raparigas têm tendência a recorrerem menos a estratégias cognitivas adaptativas (Garnefski et al., 2004), já que não se verificaram diferenças entre géneros no que concerne ao recurso às estratégias de replaneamento, reavaliação positiva, reorganização positiva e reperspetivar (estratégias adaptativas), pelo que não foi corroborada a hipótese H5.

## 5.2. As variáveis em estudo e a idade

No que concerne à idade dos sujeitos verificou-se que, quanto mais velhos, mais sintomatologia depressiva reportam, corroborando a hipótese H2. Aos 15 anos constatou-se uma maior incidência de sintomatologia depressiva para ambos os sexos. Os resultados coincidem com o que é referido na literatura e são congruentes com o facto de os primeiros episódios depressivos major tenderem a surgir pelos 15 anos (Anderson, 2012; Arnarson & Craighead, 2009; Seeley et al., 2002).

Constatarem-se ainda diferenças estatisticamente significativas no reportar de sintomatologia depressiva nas raparigas consoante a idade. Quando se comparam aquelas que têm 13 e 15 anos, verifica-se um aumento marcado da sintomatologia depressiva (uma diferença média de 4 pontos). Nos rapazes não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de sintomatologia depressiva consoante a idade. Assim os resultados vão ao encontro do que é referido na literatura, ou seja, que entre os 13 e os 15 anos começam a surgir as primeiras diferenças de género face à sintomatologia depressiva (Hankin et. al., 1998) e que os níveis de sintomatologia depressiva aumentam significativamente nas raparigas, permanecendo relativamente estáveis nos rapazes (Nolan-Hoeksema, 2001).

Quanto às estratégias cognitivas de regulação emocional mais usadas, consoante a idade, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na estratégia reperspetivar, com um aumento do uso desta estratégia dos 13 para os 14 anos, quer para a amostra total, quer para os rapazes. Apesar deste resultado ter sido igualmente encontrado por Miranda e Matos (2012), são necessárias reservas na interpretação e generalização dos resultados, uma vez que na nossa amostra total, a maioria dos sujeitos tem 14 anos.

Não existir, na nossa amostra, um *cohort* de idades suficientemente amplo, poderá ter condicionado a obtenção de resultados significativos no uso de outras estratégias cognitivas de regulação emocional. Por outro lado, uma vez que as diferenças encontradas relativamente à idade disseram respeito apenas à estratégia de reperspetivar e que existiram mais diferenças ao nível do género, poderá ser mais relevante estudar diferenças ao nível das estratégias de regulação emocional tendo em conta o sexo dos sujeitos, ao invés da sua idade.

### 5.3. Relação entre as estratégias cognitivas de regulação emocional e a sintomatologia depressiva

Os resultados obtidos mostram uma relação positiva entre a sintomatologia depressiva e as estratégias cognitivas de ruminação, catastrofização e autoculpabilização. Assim, os dados parecem sugerir que o maior recurso a estas estratégias para regular emoções se relaciona com níveis mais elevados de sintomatologia depressiva, corroborando a hipótese H3 e indo ao encontro do que tem sido referido por outros autores (Garnefski, et al., 2001; Garnefski & Kraaij, 2006; Martin & Dahlen, 2005; Ongen, 2010). Efetivamente a ruminação parece relacionar-se com a exacerbação de pensamentos automáticos negativos (Compas et al., 2008) e com a recordação de mais memórias negativas. Interfere na capacidade de resolução de problemas, na implementação de planos para os resolver e relaciona-se com uma maior tendência para o afastamento dos outros, levando à manutenção da sintomatologia depressiva por persistência do afeto negativo, inativação comportamental e isolamento social (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Culpabilizar o próprio pelo acontecimento de vida negativo parece funcionar também como um fator de manutenção da sintomatologia depressiva, o que poderá estar relacionado com a atribuição do acontecimento a causas internas e estáveis (Anderson, Miller, Riger, Dill & Sedikides, 1994; Hankin & Abramson, 2001). A catastrofização poderá relacionar-se com a sintomatologia depressiva por aumentar a acessibilidade a memórias congruentes com o humor negativo e fazer com que o sujeito selecione informação congruente com ele, mantendo-o (Sullivan, Rodgers & Kirsch, 2001).

Para as raparigas existe uma relação positiva entre culpar o outro e a sintomatologia depressiva, apesar de a magnitude de correlação *baixa*. Isto é congruente com resultados encontrados anteriormente (Garnefski & Kraaij, 2006). Porém, a literatura não é consensual e, noutros estudos, esta estratégia relacionou-se negativamente com a sintomatologia depressiva (Oftabehal, Hahmoodi-Kahriz & Nami, 2012) ou a relação, apesar de negativa, não foi significativa (Garnefski et al., 2001; Miranda & Matos, 2012), sendo necessários mais estudos que repliquem os nossos resultados.

Para a aceitação, os dados parecem sugerir que, o maior recurso a esta estratégia para regular emoções relaciona-se com mais sintomatologia

depressiva, o que foi igualmente verificado em investigações anteriores (Garnefski & Kraaij, 2006; Martin & Dahlen, 2005). Por esta relação não ir no sentido do que é teoricamente esperado, os autores recomendam precauções na interpretação desta dimensão, pois poderá estar a medir uma forma passiva de resignação aos acontecimentos negativos e não a sua aceitação (Martin & Dahlen, 2005).

As estratégias de reavaliação positiva e reorganização positiva, relacionaram-se negativamente com a sintomatologia depressiva. Uma relação negativa foi também encontrada para replaneamento e reperspetivar com a sintomatologia depressiva, porém, apenas para as raparigas e com magnitudes de correlação baixas, pelo que se requerem reservas na sua interpretação. Os dados parecem sugerir que estas possam ser estratégias mais adaptativas de regulação emocional, tal como verificado também por outros autores (Garnefski et al., 2001; Martin & Dahlen, 2005; Ongen, 2010), já que um maior recurso a elas para lidar com acontecimentos de vida negativos se relaciona com níveis mais baixos de sintomatologia depressiva.

De forma geral, foi possível verificar que as estratégias mal adaptativas de regulação emocional se relacionaram de forma mais forte com a sintomatologia depressiva, do que as estratégias adaptativas. Resultados semelhantes foram encontrados noutros estudos (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010; Aldao et al., 2010; Garnefski & Kraaij, 2006; Garnefski et al., 2001; Martin & Dahlen, 2005; Ongen, 2010). Os autores sugerem que a sintomatologia depressiva poderá estar mais fortemente relacionada com o uso de estratégias de regulação emocional consideradas mal adaptativas do que com o “não uso” de estratégias adaptativas. É hipotetizado que isto poderá dever-se ao facto de a funcionalidade das estratégias adaptativas estar mais dependente do contexto, não acontecendo o mesmo com as estratégias mal adaptativas. Exemplificam: a reavaliação positiva poderá ser apenas adaptativa quando é possível reavaliar a situação, enquanto que ruminar é mal adaptativo na maioria dos contextos (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010).

#### **5.4. O efeito preditor das estratégias cognitivas de regulação emocional na sintomatologia depressiva**

As estratégias cognitivas de regulação emocional explicaram 51.6% e 60.2% da variância de sintomatologia depressiva nos rapazes e nas raparigas, respetivamente.

O efeito moderador do género na relação entre as estratégias cognitivas de regulação emocional e a sintomatologia depressiva, numa amostra de adolescentes  
Ana Catarina Martins Duarte (e-mail: annacat.md@gmail.com) 2014

Relativamente às estratégias mal adaptativas, a catastrofização foi uma preditora positiva de sintomatologia depressiva (como previamente hipotetizado em H6), tanto para rapazes como para raparigas, parecendo ser um fator que coloca ambos os géneros em maior risco para a sintomatologia depressiva. Estes resultados vão ao encontro do que foi verificado noutros estudos (Garnefski et al., 2002b, 2004; Garnefski & Kraaij, 2006; Ongen, 2010). A ruminação e a autculpabilização revelaram-se também preditoras positivas de sintomatologia depressiva (como hipotetizado em H6), no entanto, apenas para as raparigas, parecendo ser um fator que as coloca em risco para a sintomatologia depressiva. Estes resultados são parcialmente congruentes com o que foi encontrado por Garnefski e colaboradores (2004), em que a ruminação e a autculpabilização foram preditoras positivas de sintomatologia depressiva, porém para ambos os géneros (apesar da amostra ser maior e composta por adultos), mas não são congruentes com o que foi encontrado por Ongen (2010), em que estas estratégias se revelaram preditoras positivas de sintomatologia depressiva apenas para os rapazes (apesar da amostra ser de adolescentes turcos).

É interessante constatar que culpar o outro se revelou uma preditora negativa de sintomatologia depressiva para os rapazes, sugerindo que usar esta estratégia para regular emoções, perante um acontecimento de vida negativo, parece funcionar como um fator protetor face à sintomatologia depressiva para o género masculino. No entanto, culpar o outro não se revelou uma estratégia preditora de sintomatologia depressiva para as raparigas. A literatura não é consensual quanto aos dados encontrados. Por exemplo, Oftabehal e colaboradores (2012) encontraram que recorrer a esta estratégia protegia ambos os géneros para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva. Porém, num estudo de Ongen (2010) culpar o outro colocava em risco apenas as raparigas e numa investigação de Garnefski e colaboradores (2004) esta estratégia não foi preditora de sintomatologia depressiva para nenhum dos géneros. Poderá ser que os rapazes, ao culparem os outros pelos acontecimentos de vida negativos, se desresponsabilizem e que isto os proteja face à sintomatologia depressiva, uma vez que atribuem o acontecimento a causas externas. No entanto, dada a inconsistência dos dados, são necessários mais estudos que repliquem este resultado e testem esta hipótese explicativa.

A reavaliação positiva e o replaneamento revelaram-se estratégias

cognitivas preditoras negativas de sintomatologia depressiva (corroborando, em parte, a hipótese H7) para o género feminino. Relativamente à reavaliação positiva, os resultados coincidem, em parte, com o que tem sido referido por outros autores, já que esta estratégia tem vindo a ser encontrada como protetora face à sintomatologia depressiva, porém para ambos os géneros (Garnefski et al, 2005; Garnefski et. al., 2004; Martin & Dahlen, 2005; Siener & Kerns, 2012). O carácter protetor do uso desta estratégia para regular emoções poderá verificar-se por ela estar associada a níveis mais elevados de otimismo (Garnefski et. al., 2001) e à redução do afeto negativo (D'Avanzato et. al., 2013). Quanto ao replaneamento, os resultados por nós encontrados não vão ao encontro dos que foram referidos noutras investigações, em que esta estratégia não se revela uma preditora significativa de sintomatologia depressiva (Garnefski & Kraaij, 2005; Ongen, 2010), ou se apresenta como um fator protetor apenas para os rapazes (Garnefski et. al., 2004), pelo que são necessários estudos futuros que repliquem este resultado.

Na sequência do que foi discutido relativamente às diferenças de género, o papel vulnerabilizador ou protetor das estratégias cognitivas de regulação emocional poderá adicionar um contributo à explicação de maior prevalência de sintomatologia depressiva nas raparigas. Estas apresentam um maior número de estratégias cognitivas mal adaptativas que parecem colocá-las em maior risco para a depressão e, para além disso, recorrem mais a elas do que os rapazes para regular as suas emoções. Apesar de nesta amostra, as raparigas apresentarem também mais estratégias adaptativas de regulação emocional protetoras face à sintomatologia depressiva do que os rapazes, as estratégias mal adaptativas parecem estar mais fortemente correlacionadas com a sintomatologia depressiva do que as estratégias adaptativas, tal como foi verificado neste e noutros estudos (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010; Aldao et al., 2010; Garnefski & Kraaij, 2006; Garnefski et al., 2001; Martin & Dahlen, 2005; Ongen, 2010).

Estes argumentos combinados poderão sugerir uma hipótese explicativa da vulnerabilidade das raparigas para a sintomatologia depressiva tendo por base as estratégias cognitivas de regulação emocional, tal como já foi feito por outros autores (Garnefski et al., 2004). A tendência das raparigas para usarem estratégias cognitivas de regulação emocional mal adaptativas poderá ainda ser superior à sua capacidade para recorrerem de forma bem

sucedida à reavaliação positiva (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010). As estratégias mal adaptativas poderão ainda inibir ou interferir negativamente no processo de reavaliação positiva e replaneamento sobrepondo-se a elas e vulnerabilizando assim para a depressão (McRae et al., 2012).

### **5.5. O efeito moderador do género na relação entre as estratégias cognitivas de regulação emocional e a sintomatologia depressiva**

Por fim, foi testado o efeito moderador do género na relação entre as estratégias cognitivas de regulação emocional e a sintomatologia depressiva para compreender de que forma o género influencia esta relação ao interagir com as estratégias cognitivas de regulação emocional.

Efetivamente verificou-se um efeito moderador do género nesta relação para a estratégia de reavaliação positiva, uma vez que a natureza do impacto desta estratégia cognitiva de regulação emocional (variável preditora) na sintomatologia depressiva (variável critério) diferiu para rapazes e raparigas, o que se coaduna com a hipótese anteriormente levantada (H8).

Os dados obtidos sugerem que, para as mesmas condições de reavaliação positiva, as raparigas apresentam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva do que os rapazes, exceto no nível mais elevado de reavaliação positiva, em que ambos os géneros atingem um nível igualmente baixo de sintomatologia depressiva. À medida que aumenta o recurso à estratégia de reavaliação positiva, o nível de sintomatologia depressiva decresce para ambos os géneros, porém de modo mais acentuado para as raparigas. Assim, recorrer à estratégia de reavaliação positiva reduz os níveis de sintomatologia depressiva nos adolescentes, porém funcionando mais acentuada e significativamente para o sexo feminino.

Estes resultados vão de encontro ao teorizado acerca da reavaliação positiva como uma estratégia de regulação emocional que protege os sujeitos face à sintomatologia depressiva perante um acontecimento de vida negativo, estando associada ao humor positivo (Garnefski et al., 2001; Garnefski, et al., 2002; Garnefski et al., 2004; Gross, 1998; Slee et al., 2008; Ongen, 2010) e, tal como referido anteriormente, à redução do afeto negativo (D'Avanzato et al., 2013).

Apesar de a literatura sugerir que as estratégias adaptativas de regulação emocional desempenham um papel menos relevante na explicação da sintomatologia depressiva, comparativamente com as estratégias mal

adaptativas (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010; Aldao et al., 2010), os resultados encontrados na presente investigação parecem sugerir que o papel moderador do género poderá ser um fator importante a considerar quando se analisa esta relação. A reavaliação positiva parece ter uma relevância considerável na diminuição da sintomatologia depressiva, em ambos os géneros, porém sobretudo nas raparigas, pelo que se considera pertinente intervir ao nível desta estratégia e promover a sua utilização à medida que os sujeitos se deparam com acontecimentos de vida que consideram negativos.

Embora não tenhamos encontrado uma tendência estatisticamente significativa para as raparigas recorrerem menos do que os rapazes a estratégias cognitivas de regulação emocional adaptativas, esta foi encontrada por outros autores (Garnefski et al., 2004). Assumindo que esta tendência possa efetivamente ocorrer na população geral, os resultados obtidos pela análise de moderação tornam-se ainda mais relevantes, uma vez que a estratégia de reavaliação positiva (estratégia adaptativa) produz uma diminuição na sintomatologia depressiva mais acentuada nas raparigas. Se elas efetivamente recorrerem menos a esta estratégia (e no nosso estudo recorrem, apesar de as diferenças entre géneros não serem estatisticamente significativas), mais importante se torna promover a sua utilização para regular emoções perante acontecimentos de vida negativos.

Por outro lado, os resultados sugerem também que se esta capacidade de regular emoções recorrendo à reavaliação positiva, falha, sobretudo as raparigas, ficam em maior risco para a sintomatologia depressiva (dado o nível elevado de sintomatologia depressiva em níveis mínimos de reavaliação positiva, para as raparigas). Isto poderá também dar um contributo à explicação das diferenças de género encontradas, com o sexo feminino a apresentar uma taxa mais elevada de sintomatologia depressiva.

## **VI – Conclusão**

A presente investigação veio contribuir para dar suporte empírico à literatura que salienta o papel das estratégias cognitivas de regulação emocional mal adaptativas (catastrofização, ruminação e autculpabilização) como possíveis fatores de risco e da reavaliação positiva como um possível fator protetor face à sintomatologia depressiva. Mais ainda, e que seja do nosso conhecimento nenhuma outra investigação o tinha feito, permitiu



verificar a importância de ter em conta o papel moderador do género quando se aborda a relação entre as estratégias cognitivas de regulação emocional e a sintomatologia depressiva.

Em suma, os resultados encontrados nesta investigação sugerem a importância de intervir nos adolescentes ao nível das estratégias cognitivas de regulação emocional desadaptativas como a ruminação, a catastrofização e a autculpabilização, desafiando cognições disfuncionais. Intervir nestas estratégias parece ter uma importância fulcral, uma vez que aparentam ser fatores que colocam os sujeitos em risco e se relacionam com elevados níveis de sintomatologia depressiva.

Os dados encontrados mostram ainda a pertinência de promover formas mais adaptativas de regulação emocional (sobretudo a reavaliação positiva), de forma a que se tornem estratégias às quais os adolescentes, com uma importância mais vincada nas raparigas, possam recorrer sempre que se deparem com acontecimentos de vida que considerem negativos, de modo a diminuir o risco de sintomatologia depressiva.

Trabalhar a estratégia de reavaliação positiva poderá ser importante, sobretudo numa etapa de prevenção para a depressão. Isto porque os nossos resultados foram obtidos numa amostra não clínica e porque a literatura sugere que, quando os sujeitos têm que regular emoções negativas com níveis de intensidade elevados, recorrer à estratégia de reavaliação positiva pode tornar-se uma ajuda menos preponderante (Sheppes, Scheibe, Suri, & Gross, 2011).

Estes dados, a serem replicados, poderão ser tidos em conta em programas de prevenção para a depressão, na medida em que se poderá avaliar e intervir nas estratégias cognitivas de regulação emocional a que os adolescentes recorrem, quando confrontados com um acontecimento de vida que percecionam como negativo.

### **Limitações e Propostas para Estudos Futuros**

Esta investigação possui algumas limitações que têm implicações na interpretação e generalização dos dados. Entre elas, assinalam-se o tamanho reduzido da amostra total e a discrepância que existe entre o número de sujeitos do sexo feminino (217) e masculino (102), que poderá ter influenciado os resultados. Além disso, esta é uma amostra da população geral, pelo que os dados obtidos não podem ser generalizados para populações

clínicas. Trata-se de um estudo transversal, o que não permite fazer inferências causais, devido ao problema da circularidade. Os dados deste estudo foram obtidos exclusivamente com recurso a questionários de autorresposta. Não foram considerados outros métodos ou fontes de informação, pelo que não se pôde realizar um cruzamento de dados (que poderiam ser fornecidos por outros informadores ou pelo adolescente, mas recorrendo, por exemplo, a entrevistas), o que enriqueceria o estudo. Os protocolos de investigação (dos quais constavam mais questionários, necessários para outras investigações do projeto anteriormente mencionado) não foram contrabalaceados. Isto, bem como o tempo que demorou o seu preenchimento, poderá ter contribuído para fadiga e diminuição da motivação dos adolescentes, podendo ter influenciado as suas respostas e consequentemente os resultados da investigação.

Importa ainda referir que os resultados poderão ter sido influenciados por outras variáveis, cujo efeito estatístico não foi controlado (por exemplo, a sintomatologia ansiosa), o que poderá ser tido em conta em estudos futuros.

Relativamente a outras sugestões para investigações futuras, seria importante a replicação desta investigação com amostras mais amplas, compostas por um número equiparável de sujeitos do sexo masculino e feminino. Seria também interessante replicar este estudo com uma amostra clínica com adolescentes com perturbação depressiva major. Importaria ainda perceber o efeito moderador do género na relação entre as estratégias cognitivas de regulação emocional e a sintomatologia depressiva em determinado tipo de acontecimentos de vida negativos. Verificar uma possível influência da psicopatologia parental, nomeadamente perturbações de humor e perturbações ansiosas, na relação entre as estratégias cognitivas de regulação emocional e a sintomatologia depressiva dos adolescentes, seria também um estudo interessante para levar a cabo.

## Bibliografia

- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: a transdiagnostic examination. *Behavioral Research and Therapy*, 48, 974-983.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.

- Anderson, C., Miller, R., Riger, A., Dill, J., & Sedikides, C. (1994). Behavioral and Characterological Attributional Styles as Predictors of Depression and Loneliness: Review, Refinement and Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66 (3), 549-558.
- Anderson, M. (2012). *Factors of Resiliency and Depressive in Adolescents*. Wisconsin: UNIVERSITY OF WISCONSIN-LA CROSSE College of Liberal Studies.
- Arnason, E., & Craighead, W. (2009). Prevention of depression among Icelandic adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 577-585.
- Bahls, S. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78, (5), 359-366.
- Benoit, M., Bouthillier, D., Moss, E., Rousseau, C., & Brunet, A. (2010). Emotion regulation strategies as mediators of the association between level of attachment security and PTSD symptoms following trauma in adulthood. *Anxiety, Stress, & Coping*, 23 (1), 101-118.
- Bhatia, S., & Bhatia, S. (2007). Childhood and Adolescent Depression. *Am Fam Physician*, 75 (1), 73-80.
- Birmaher, B., & Brent, D. (2007). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Depressive Disorders. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46 (11), 1503-1526.
- Butler, L., & Nolen-Hoeksema, S. (1994). Gender differences in response to depressed mood in a college sample. *Sex Roles*, 30, 331-346.
- Cardoso, P., Rodrigues, C., & Vilar, A. (2004). Prevalência de Sintomas Depressivos em Adolescentes Portugueses. *Análise Psicológica*, 4, 667-675.
- Carver, C., Weintraub, J., & Scheier, M. (1989). Assessing Coping Strategies: a Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, (2), 267-283.
- Clarck, G., Lewinsohn, P., & Hops, H. (2000). *Leader's Manual for Adolescent Groups: Adolescent Coping with Depression Course*. Portland: Center for Health Research.
- Compas, B., Jaser, S., & Benson, M. (2008). Coping and Emotional Regulation: Implications for Understanding Depression During Adolescence. Em S. Nolen-Hoeksema, & L. Hilt, *Handbook of Depression in Adolescents* (pp. 419-440). New York: Routledge Press.
- D'Avanzato, C., Joormann, J., Siemer, M., & Gotlib, I. (2013). Emotion Regulation in Depression and Anxiety: examining diagnostic specificity and stability of strategy use. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 968-980.
- Dias, P., & Gonçalves, M. (1999). Avaliação da Ansiedade e Depressão em Crianças e Adolescentes (STAI-C2, CMAS-R, FSSC-R e CDI): estudo normativo para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica*, VI, 553-564.
- Ehring, T., Fscher, S., Schnulle, J., Bosterling, A., & Tuschen-Caffier, B.

- (2008). Characteristics of emotion regulation in recovered depressed versus never depressed individuals. *Personality and Individual Differences*, 44, 1574-1584.
- Eysenck, M., & Keane, M. (2000). Cognition and Emotion . Em M. Eysenck, & M. Keane, *Cognitive Psychology: A Student's Handbook (4th Ed.)* (pp. 489-512). Philadelphia: Psychology Press.
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21 (3), 219-239.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between Cognitive Emotional Regulation Strategies and Depressive Symptoms: a Comparative Study of Five Specific Samples. *Personality and Individual Differences*, 40, 1659-1669.
- Garnefski, N., Boon, S., & Kraaij, V. (2003). Relationships Between Cognitive Strategies of Adolescents and Depressive Symptomatology Across Different Types of Life Event. *Journal of Youth and Adolescence* , 32, (6), 401-408.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative Life Events Cognitive Emotional Regulation and Emotional Problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327.
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., Krommer, T., & Teerds, J. (2002b). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: a comparison between adolescents and adults. *Journal of Adolescence*, 25, 603-611.
- Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., & Van Den Krommer, T. (2004). Cognitive Emotion Regulation Strategies and Depressive Symptoms: Differences Between Males and Females. *Personality and Individual Differences*, 36, 267-276.
- Garnefski, N., Van Den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein, E. (2002). The Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Emotional Problems: Comparison between a Clinical and a Non-Clinical Sample. *European Journal of Personality*, 16 , 403-420 .
- Gross, J. (1998b). Antecedent- and Response- Focused Emotion Regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, (1), 224-237.
- Gross, J. (1998a). The Emerging Field of Emotional Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2, (3), 271-299.
- Gross, J., & Muñoz, R. (1995). Emotional Regulation and Mental Health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 151-164.
- Gross, J., & Thompson, R. (2007). Emotional Regulation: Conceptual Foundations. Em J. Gross, & J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotional Regulation* (pp. 3-10; 18, 19.). New York: The Guilford Press.
- Gross, J., Sheppes, G., & Urry, H. (2011). Emotion Generation and Emotion Regulation a Distinction we Should Make (carefully). *Cognition and Emotion*, 25 (5), 765-781.
- Hammen, C., Brennan, P., & Keenan-Miller, D. (2008). Patterns of Adolescent Depression to Age 20: The Role of Maternal Depression

- and Youth Interpersonal Dysfunction. *Abnorm Child Psychol*, 36, 1189-1198.
- Hankin, B., & Abramson, L. (2001). Development of Gender Differences in Depression: An Elaborated Cognitive Vulnerability-Transactional Stress Theory. *Psychological Bulletin*, 127 (6), 773-796.
- Hankin, B., Abramson, L., Moffitt, T., Silva, P., McGee, R., & Angell, K. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, (1), 128-140.
- Hänninen, V., & Aro, H. (1996). Sex differences in coping and depression among young adults. *Social Science & Medicine*, 43 (10), 1453-1460.
- Hayes, A. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis - A Regression-Based Approach*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, C., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: an Experiential Approach to Behavior Change*. New York: Guilford Press.
- Hilt, L., & Nolen-Hoeksema, S. (2009). The emergence of gender differences in depression in adolescence. Em L. Hilt, & S. Nolen-Hoeksema, *Handbook of Depression in Adolescents* (pp. 111-126). New York: Routledge.
- Hofmann, S., & Asmundson, G. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, 28, 1–16.
- Holmbeck, G. (1997). Toward Terminological, Conceptual, and Statistical Clarity in the Study of Mediators and Moderators: Examples From the Child-Clinical and Pediatric Psychology Literatures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (4), 599-610.
- Horowitz, J., & Garber, J. (2006). The Prevention of Depressive Symptoms in Children and Adolescents: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (3), 401-415.
- Hughes, E., Gullone, E., & Watson, S. (2011). Emotional functioning in children and adolescents with elevated depressive symptom. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33, (3), 335-345.
- Jazaieri, H., Urry, H., & Gross, J. (2013). Affective Disturbance and Psychopathology: An Emotional Regulation Perspective. *Journal of experimental Psychopathology*, 1-16.
- Joormann, J., & D'Avanzato, C. (2010). Emotion Regulation in Depression: Examining the role of cognitive processes. *Cognition & Emotion*, 24, (6), 913-939.
- Joormann, J., & Gotlib, I. (2010). Emotion Regulation in Depression: relation to cognitive inhibition. *Cognition and Emotion*, 24 (2), 281-298.
- José, P. (2013). ModGraph-I: A programme to compute cell means for the graphical display of moderational analyses: the internet version, Version 3.0. Victoria University of Wellington, Wellington, New Zeland. Obtido de <http://pavlov.psyc.vuw.ac.nz/paul-jose/modgraph/modgraph.php>
- Kline, R. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*.

- New York: The Guilford Press.
- Leahy, R., Tirsch, D., & Napolitano, L. (2011). *Emotion Regulation in Psychotherapy: a Practitioner's Guide*. New York: The Guilford Press.
- Lewinsohn, M., & Essau, C. (2002). Depression in Adolescents. Em H. Gotlib, & C. Hammen, *Handbook of Depression* (pp. 541-559). New York: Guilford Press.
- Marcotte, D. (1996). Irrational Beliefs and Depression in Adolescence. *Adolescence*, 31, (124), 935-954.
- Maroco, J., & Bispo, R. (2003). *Estatística Aplicada às Ciências Sociais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Martin, R., & Dahlen, E. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress and anger. *Personality and Individual Differences*, 39, 1249-1260.
- Mauss, I., Bunge, S., & Gross, J. (2007). Automatic emotion regulation. *Social and Personality Psychology Compass*, 1, 146-167.
- Mauss, I., Levenson, R., McCarter, L., Wilhelm, F., & Gross, J. (s.d.).
- McRae, K., Jacobs, S., Ray, R., John, O., & Gross, J. (2012). Individual differences in reappraisal ability: Links to reappraisal frequency, well-being and cognitive control. *Journal of Research in Personality*, 46 (1), 2-7.
- Miranda, R., & Matos, A. P. (2012). O papel da regulação emocional e dos acontecimentos de vida no desenvolvimento da perturbação depressiva major na adolescência: estudo longitudinal. *Dissertação de Mestrado*, 1-56.
- Monteiro, S., & Matos, A. P. (2014). O efeito moderador do género na relação entre experiências traumáticas e sintomatologia depressiva na adolescência. *Dissertação de Mestrado*, 1-41.
- Murray, C., & Lopez, A. (1996). *The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020 (Global Burden of Disease and Injury Series, vol. I)*. Cambridge: Harvard School of Public Health.
- Nolen-Hoeksema, S. (1990). *Sex differences in depression*. Stanford: Stanford University Press.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender Differences in Depression. *CURRENT DIRECTIONS IN PSYCHOLOGICAL SCIENCE*, 173-176.
- Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115 (3), 424-443.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3 (5), 400-424.
- Ochsner, K., & Gross, J. (2005). The cognitive control of emotion. *TRENDS in Cognitive Sciences*, 9, (5), 242-249.
- Oftabehal, M., Hahmoodi-Kahriz, B., & Nami, T. (2012). Cognitive Emotion Regulation, Depression and Stress in Iranian Students. *Neuroscience Research Letters*, 3 (1), 44-47.

- Oliveira-Brochado, F., & Oliveira-Brochado, A. (2008). Estudo da presença de sintomatologia depressiva na adolescência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26, (2), 27-36.
- Ongen, D. (2010). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression and submissive behavior: Gender and grade differences in Turkish adolescents. *Procedia Social and Behavior Sciences*, 9, 1516-1523.
- Pallant, J. (2005). *SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows (Version 12)*. Sydney: Allen & Unwin.
- Passos, P., & Machado, C. (2002). Eventos Depressivos na Puberdade. *Análise Psicológica*, 2, (XX), 225-232.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2005). *Descobrendo a Regressão Com a complementaridade do SPSS*. Lisboa : Edições Sílabo.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais - a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Petersen, A., Compas, B., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S., & Grant, K. (1993). Depression in Adolescence. *American Psychologist*, 48, (2), 155-168.
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender Differences in Depression: Critical Review. *The British journal of Psychology*, 177, 486-492.
- Raffaelli, M., Crockett, L., & Shen, Y.-L. (2005). Developmental Stability and Change in Self-Regulation from Childhood to Adolescence. *Facultie Publications, Department of Psychology*, 166 (1), 54-75.
- Rapee, R. (2012). Family Factors in the Development and Management of Anxiety Disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15 (1), 69-80.
- Salguero, J., Extremera, R., & Fernandez-Berrocal, P. (2012). Emotional intelligence and depression: the moderator role of gender. *Personality and Individual Differences*, 53, 29-32.
- Seeley, J., Rohde, P., Lewinsohn, P., & Clarke, G. (2002). Depression in Youth: Epidemiology, Identification and Intervention. Em M. Shinn, H. Walker, & G. Stoner, *Interventions for Academic and Behavior Problems II: Preventive and Remedial Approaches* (pp. 885–912).
- Sheppes, G., Scheibe, S., Suri, G., & Gross, J. (2011). Emotion Regulation Choice. *Psychological Science*, 22 (11), 1391-1396.
- Shonkoff, J., & Phillips, D. (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Siener, S., & Kerns, K. (2012). Emotion Regulation and Depressive Symptoms in Preadolescence. *Child Psychiatry and Human Development*, 43, 414-430.
- Silk, J., Steinberg, L., & Morris, A. (2003). Adolescents' Emotion Regulation in Daily Life: Links to Depressive Symptoms and Problem Behavior. *Child Development*, 74, (6), 1869 – 1880.
- Silvers, J., Gabrieli, J., McRey, M., Remy, K., Gross, J., & Ochsner, K. (2012). Age-Related Differences in Emotional Reactivity, Regulation, and Rejection Sensitivity in Adolescence. *Emotion*, 12

- (6), 1235–1247.
- Slee, N., Garnefski, N., Spinhoven, P., & Arensman, E. (2008). The influence of cognitive emotion regulation strategies and depression severity on deliberate self harm. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 38 (3), 274-286.
- Sullivan, M., Bishop, S., & Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment*, 7 (4), 524-532.
- Sullivan, M., Rodgers, W., & Kirsch, I. (2001). Catastrophizing, depression and expectancies for pain and emotional distress. *Pain*, 91, 147-154.
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2007). *Using Multivariate Statistics*. United States of America: Pearson Education.
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D., & Thapar, A. (2012). Depression in Adolescence. *The Lancet*, 379, 1056-1067.
- Thompson, R. (1991). Emotional Regulation and Emotional Development. *Educational Psychology Review*, 3, 269-307.
- Thompson, R. (1994). Emotion Regulation: A Theme in Search of Definition. Em N. Fox, *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations (Monographs of the Society for Research in Child Development)* (Vol. 59, pp. 25-52). EUA: University of Chicago Press.
- Verduyn, C., Rogers, J., & Wood, A. (2009). *Depression: CBT with Children, Adolescents and Families*. London: Routledge.
- Warner, R. (2013). *Applied Statistics From Bivariate Through Multivariate Techniques*. London: SAGE Publications.
- Werner, K., & Gross, J. (2010). Emotio Regulation and Psychopathology: a conceptual framework. Em A. Kring, & D. Sloan, *Emotio Regulation and Psychopathology: a Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment* (pp. 13-37). New York: The Guilford Press.